

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: *Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.*

ADRES ADMINISTRACJI: *Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.*

Rok X

WARSZAWA, 7 GRUDNIA 1933 R.

Nr. 49

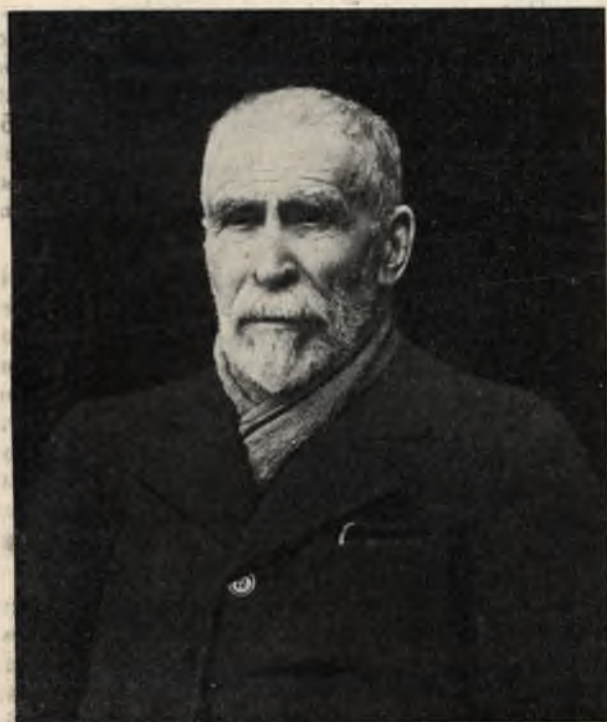
PIERRE PAUL EMILE ROUX

(1853 — 1933).

CHARLES LEON ALBERT CALMETTE

(1863 — 1933).

W ostatnich dniach medycyna francuska utraciła dwóch z pomiędzy swych najwybitniejszych reprezentantów. 29 października zmarł Albert Calmette, kierownik oddziału badań nad gruźlicą i wicedyrektor Instytutu Pasteura w Paryżu; w piątek 4go listopada zmarł Emile Roux naczelny dyrektor Instytutu Pasteura.



Pierre Paul Emile Roux.

Emile Roux urodził się w Confolens 17go stycznia 1853 r. Po ukończeniu gimnazjum w mieście rodzinnym i liceum w Puy zapisał się na wydział lekarski w Clermont-Ferrand. Tam zetknął się po raz pierwszy z późniejszym mistrzem swym i poprzednikiem na dyrekturze Instytutu — Duclaux. Jako jego asystent, przenosi się z nim razem

do Paryża, gdzie Duclaux został mianowany profesorem w Instytucie agronomicznym. W Paryżu pracuje Roux zarówno w Instytucie agronomicznym, jak i w szpitalu Hôtel Dieu.

W r. 1878 wstępuje Roux do pracowni Pasteura, która znajdowała się podówczas w skromnym domku przy rue d'Ulm w pobliżu Panteonu. W r. 1883 na podstawie pracy o wściekliznie uzyskuje tytuł doktora medycyny. Od tej chwili staje się wiernym i nieodłącznym współpracownikiem Pasteura aż do jego śmierci, potem zaś kontynuatorem genialnych myśli swego mistrza. W dwa lata później powstaje dzisiejszy Instytut Pasteura przy rue Dutot. Roux obejmuje w nim stanowisko wicedyrektora.

Pierwszą czynnością młodego uczonego po objęciu nowego stanowiska było założenie istniejących po dzień dzisiejszy międzynarodowych kursów mikrobiologii. Kursy te od pierwszej chwili swego istnienia ściągały corocznie całe szeregi młodych przyrodników z całego świata. Wielu z tych młodych uczonych zostawało już później w Instytucie Pasteura, tworząc zastępy wybitnych naukowców — niejednokrotnie chluby Francji. Roux obejmuje na kursach większość wykładów. Znany mówca — został nim do końca życia — w niezwykle jasny i przekonujący sposób wykładu zgromadzonym z całego świata słuchaczom zasady i teorie zdobytych swego mistrza Pasteura.

W okresie tym bierze Roux czynny udział we wszystkich pracach Pasteura. Nie sposób oddzielić dziś od siebie, co było owocem pracy i geniuszu Pasteura, a co dziełem jego kongenjalnego współpracownika Roux. Etjologia wąglika, szczepionki przeciw wąglikowi, szczepionka przeciw wściekliznie — oto główne etapy pracy tego okresu.

Najważniejszą zdobyczą naukową Roux jest wyosobnienie toksyny dyfterytycznej. Na polecenie Pasteura przystępuje Roux i Yersin (późniejszy odkrywca zarazka dżumy) do badań nad zarazkiem dyfterji Klebs-Loefflera. Stwierdzają oni, że zarazek ten produkuje niezwykle silną

egzotoksynę. Wraz z *Martine* m udaje się *Roux* wyosobnić tę toksynę. Odkrycie to umożliwia uczonemu niemieckiemu *Behringowi* wytworzenie surowicy przeciwdyfterytycznej.

Po wynalezieniu przez *Behringa* surowicy przeciwbłoniczej stał się *Roux* gorącym jej zwolennikiem, wprowadzając ją do leczenia we Francji. Dzięki jego wysiłkom Instytut *Pasteura* nabywa posiadłość *Garche* w pobliżu *St. Cloud* pod Paryżem, gdzie *Roux* zakłada fabrykację surowicy na wielką skalę.

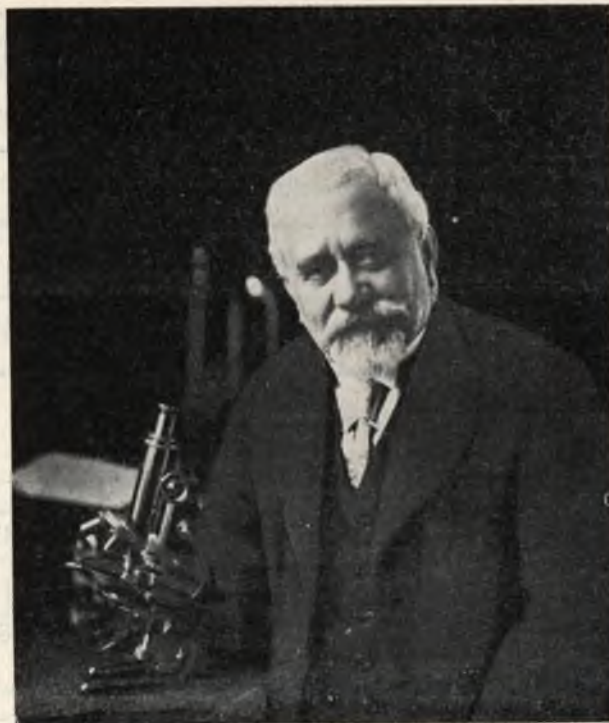
W r. 1904, po śmierci swego pierwszego mistrza *Ducloxa*, zostaje *Roux* dyrektorem Instytutu *Pasteura*. Za czasów jego dyrektury Instytut nabiera wielkiego międzynarodowego rozgłosu. Dzięki pozyskaniu wydatnych, prywatnych subsydjów finansowych, powstaje nowy gmach, mieszczący rozszerzone pracownie bakteriologiczne. Powstaje z fundacji baronowej *Hirsch* nowy gmach, mieszczący oddział biochemiczny, fizykochemiczny, oddział fermentacji i chemoterapii eksperymentalnej. Powstaje właściwy *Service de Sérothérapie*.

Niezwykłe zalety umysłu i charakteru *Roux*, łagodność jego usposobienia, w przeciwstawieniu do *Pasteura*, z którym współzycie było niejednokrotnie trudne, sprawiają, że do Paryża przybývają całe szeregi uczonych. Za jego to czasów przybývają do centrali paryskiej: *Calmette*, *Yersin*, *Borrel*, obaj *Nicolle*, *Vallée*, *Mesnil*, *Marchoux*, *Salimbeni*, *Besredka*, *Weinberg*, *Lewaditi* i *Martin*.

W r. 1896 zostaje *Roux* członkiem Akademii Lekarskiej, w r. 1899 członkiem Akademii Nauk. Współpracując z *Miecznikowem*, *Borelem* i *Vaillardem*, ogłasza w tym czasie szereg cennych prac naukowych nad kłwą, nad zastrzykiwaniem wśródczaszkowem surowicy przeciwężcowej, nad surowicą przeciwcholeryczną, wreszcie wraz z *Nocardem* prace nad zarazą płucną bydła. W r. 1920 został udekorowany wielką wstęgą Legii Honorowej. Przez długie lata piasłował wysoką godność przewodniczącego naczelnej rady higieny.

Roux był człowiekiem niesłychanie skromnym i prostym. Mieszkał w celi szpitala Instytutu, prowadząc ascetyczny tryb życia. Żelazne łóżko, stół i szafa na książki stanowiły całość umeblowania. Wedle krążących opowiadań nie sprawił sobie od r. 1900 żadnej części garderoby. Jadł wikt szpitalny, a całkowitą pensję swą oddawał na potrzeby Instytutu. W ostatnich latach wychodził raz dziennie ze swej celi, by w południe przejść przez ulicę do zarządu Instytutu. Mimo to był doskonale poinformowany o wszystkim, co się działo we wszystkich oddziałach. Do ostatka zachował żywość umysłu. Od młodości cierpiał na gruźlicę, przed paru tygodniami zapadł na zapalenie płuc. Osłabienie serca i wyniszczenie organizmu sprawiły że, mimo wysiłków lekarzy, pozorna poprawa ostatnich dni zakończyła się, niestety, katastrofą.

Albert Calmette urodził się 12 lipca 1863 r. w Nicei. W 20-tym roku życia wstępuje, jako lekarz, do marynarki i bierze udział w szeregu wypraw, między innymi w wyprawie chińskiej i w wyprawie do Kongo. W r. 1890 wstępuje do kolonjalnej służ-



Charles Leon Albert Calmette.

by zdrowia z przydziałem do Instytutu *Pasteura*. W tym czasie *Pasteur* powierza mu organizację i kierownictwo Instytutu swego imienia w *Saigonie*. Patrząc na spustoszenia, które corocznie sprawiała w Indochinach plaga węzów jadowitych, postanawia *Calmette* przystąpić do naukowego poszukiwania metody leczniczej, któraby zastąpiła domowe środki, używane przez krajowców, jak napoje wyskokowe i odchody kocie. Niestety, choroba wątroby, której się nabawił w klimacie tropikalnym, zmusiła *Calmette* do powrotu do Francji i przerwania prac.

W r. 1895 organizuje *Calmette* Instytut *Pasteura* w *Lille*. W r. 1896 zostaje tytularnym profesorem higieny. Ogłasza wtedy owoce swych prac, rozpoczętych w *Saigonie*: o uproszczeniu metody szczepień przeciw wścieklźnie, prace nad czerwonką, prace nad fermentacją ryżu. Zainstalowawszy się w *Lille*, opracowuje odkryty przez siebie nowy gatunek drożdży (*Amylomyces Rouxii*). Praca ta posiada i dziś nieprzedawnione znaczenie, a szeregi fabryk posługują się tym gatunkiem przy fermentacji alkoholowej.

Wreszcie przystępuje *Calmette* do szczegółowego opracowania jadu węzów. Ustala dawki śmiertelne dla poszczególnych gatunków zwierząt, przeprowadza drobne badania nad mechanizmem działania jadu węzowego, opracowuje odporność naturalną względem jadu węży, wreszcie prowadzi badania nad sztuczną, nabytą odpornością. Zastosowuje w genialny sposób teorię nowoczesnej bakteriologii i nauki o odporności i wykazuje, że mechanizm działania jadów węzów przypomina mechanizm działania jadów bakteryjnych. Dostarcza wreszcie dowodu, że można uodpornić sztucznie zwierzę przeciwko jadowi węzów, postępując wedle metod, stosowanych w walce z zarazkami. Ba-

dania Calmette'a zostają uwieńczone wspaniałym sukcesem. Surowica zwierząt, uodpornionych minimalnymi dawkami jadu węzowego, okazuje się niezawodnym środkiem przeciw ukąszeniu węzów. Wkrótce potem produkuje Calmette surowicę wielowartościową, a następnie surowicę w proszku, niezwykle łatwo dającą się konserwować. W ostatnich czasach pracował nad stosowaniem jadu kobry w raku, pracy tej, niestety, nie danem mu było dokończyć.

W r. 1907 wydaje Calmette podstawową pracę „*Les vénins, les animaux vénimeux et la sérothérapie antivénimeuse*” (Masson 1907). Niezmordowany pracownik, zabiera się w tym samym roku do walki z gruźlicą. Organizuje pierwszą przychodnię przeciwgruźliczą, sławny dziś Dispensaire Emile Roux w Lille.

W r. 1899 wysłany zostaje do Porto, by wraz z Borrelem walczyć z szalejącą tam dżumą. W r. 1910 organizuje w Algierze pracownię do świadczenia dla walki z epidemiami. Powróciwszy do Lille, kontynuuje swe prace nad gruźlicą.

Wojna i związane z tym zajęcia w Lille osłabiają nieco tempo pracy. Calmette osobiście narażony jest na ciężkie przykrości, albowiem pada na niego podejrzenie, że komunikuje się z wojskiem francuskim za pomocą gołębi obrączkowanych i znakowanych — w istocie szczepionych gruźlicą. Dzięki interwencji lekarza wojskowego niemieckiego, profesora Meyera, zdołał się Calmette uwolnić z ciężących na nim zarzutów. Żona jednak Calmette'a została na dłuższy czas wywieziona jako zakładniczka przez Niemców. Ówczesny obrońca i wybawca Calmette'a, Profesor Meyer, zmuszony, jako żyd, do opuszczenia Niemiec, znalazł obecnie miejsce pracy w zakładzie Calmette'a.

Po wojnie podaje Calmette z Massolem technikę próby wiązania dopełniacza w gruźlicy, opracowuje zmiany w nadnerczach w eksperymentalnej gruźlicy, wskazuje drogi szerzenia się gruźlicy w organizmie. Wraz z Valtisem sprawdza i opracowuje odkrytą w r. 1910 przez Fontes'a filtrującą postać gruźlicy, wykazuje przepuszczalność łożyska dla tej postaci gruźlicy. W r. 1920 wydaje olbrzymie dzieło niezbędne dla każdego pracującego nad gruźlicą. „*L'Infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et les animaux*” (Masson 1920, 22 i 28), zarazem przystępuje do zrealizowania prowadzonych oddawna prób szczepienia przeciwgruźliczego.

Po nieudanych próbach szczepień ochronnych przeciw gruźlicy, dokonywanych przez Behringa, Granchera i wielu innych, doszedł Calmette do wniosku, że konieczne jest szczepienie prątkami żywymi, albowiem prątki zabite nie uodparniają organizmu. Prątki te jednakowoż muszą być pozbawione swej zjadliwości. Szczep gruźlicy bydłowej, hodowany przez Calmette'a i Guérina na ziemniaku z dodatkiem żółci wołowej, okazał się po 230 pasażach, dokonywanych w odstępach 25 dniowych, całkowicie pozbawiony zjadliwości dla zwierząt laboratoryjnych a także dla małych krów. Szczep ten jednak, nazwany BCG (Bilié, Calmette, Guérin), zachował w pełni swe właści-

wości uodparniające. Niezliczone prace dokonywane we Francji i zagranicą, potwierdziły słuszność twierdzenia Calmette'a i Guérina. Stwierdzano z reguły zupełną nieszkodliwość BCG oraz jego właściwości uodparniające. Opierając się na szeregu obserwacji, zdecydował się wreszcie Calmette na szczepienie ludzi. Stwierdziwszy, że uodparnianie skuteczne jest tylko wtedy, jeżeli organizm dany nie zetknął się nigdy ze zjadliwym prątkiem gruźlicy, zastosowano szczepionkę u noworodków. Jako drogę podania BCG, wybrał Calmette drogę przez przewód pokarmowy, który u noworodków jest bardzo przepuszczalny i pozwala na przewodzenie prątków do dróg chłonnych i krwionośnych. W wielkich ośrodkach europejskich, gdzie zakażenie gruźlicą dokonywa się niezwykle wcześnie, musiano się ograniczyć do szczepienia noworodków. W okolicach wolnych od gruźlicy, wśród ludów pierwotnych szczepiono i indywidua starsze wolne od gruźlicy. W r. 1922 Weil-Hallé poraz pierwszy zaszczepił dzieci BCG. Wybrano dzieci, pochodzące z domów, gdzie matka cierpiała na otwartą gruźlicę — a więc dzieci i tak prawdopodobnie stracone w razie, gdyby je pozostawiono swemu losowi. Wyniki były frapujące. Śmiertelność dzieci z rodzin gruźliczych, pozostających pod kontrolą lekarską, wynosiła 25% u niepozostających pod kontrolą wynosiła 80%. U dzieci, będących w identycznych warunkach i poza 6 tygodniowym okresem po szczepieniu, kiedy je oddzielano od rodziny, wychowujących się przy matce gruźliczej — śmiertelność ogólna spadła do 3,1%, a śmiertelność z powodu gruźlicy do 0,9%! W r. 1924 zaczęto dzieci szczepić masowo. W tym czasie wprowadził Calmette powtarzanie szczepienia w 1, 3, 7 i w 15 roku życia. Przystąpiono do szczepienia dzieci nie pochodzących z rodzin gruźliczych. Obecnie szczepi Francja 130.000 dzieci rocznie. Zagranicą zaszczepiono około 500.000 dzieci. Równocześnie zaczęto próbować szczepienia dorosłych, wolnych od gruźlicy i nie reagujących na tuberkulinę, a wystawionych na niebezpieczeństwo zakażenia gruźliczego, a więc studentów medycyny i pielęgniarki (Scheel i Heimbeck w Norwegii). Ostatnio zaczęto próbować leczniczego działania BCG w eksperymentalnej gruźlicy świnek morskich.

W ostatnich latach oparł Calmette na wynikach szczepień BCG swą nową teorię alergii gruźliczej. Głównym punktem tej teorii jest pojmowanie reakcji tuberkulinowej (podskórnej) jako wyrazu istniejącej infekcji, a nie jako wyrazu odporności organizmu.

Ostateczne ocenienie doniosłości wyników tej metody, jest jeszcze kwestią dość odległą. Niezależnie jednak od dzisiejszych zapatrywań *pro* — i *contra* — i od wyników, które przyszłość przyniesie, stwierdzić należy, że zeszedł z tego świata z Calmettem niezwyklej miary uczyony, prawdziwie wielki i dobry człowiek, który całe swe życie pełne niezmordowanej pracy poświęcił dla dobra najbardziej może nędznej i znękaney części ludzkości i walce z najbardziej powszechną plagą — gruźlicą. Dobry, prosty, serdeczny i uczynny, niezwykle przystępny — zmarł w pełni aktywności tak, jak sobie tego życzył.

Dr. I. Ł.

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z oddziału VI Szpitala na Czystem

(Ordynator: Józef Luxenburg)

oraz z pracowni chem.-bakterjolog. tegoż Szpitala

(Kierownik: J. Dworecki).

**Badania nad hipoglikemją poinsulinową
u diabetyków *).**

Podali

J. PENSON i J. WOHL (Warszawa).

Zespół hipoglikemji, do niedawna zupełnie nieznan, jest obecnie przedmiotem częstych dyskusyj na łamach piśmiennictwa. Szerokie rozpowszechnienie insuliny, a zwłaszcza jej przedawkowanie przy jednoczesnym badaniu glikemji, zwróciły uwagę klinicystów na ten bardzo interesujący zespół objawów.

Nowym etapem w dziejach hipoglikemji są liczne prace autorów amerykańskich (Harris, Carr, Wilder, Womack, Howland, Allan, Robertson, Heyn, John i in.), zapoczątkowane przez Seale Harrisa; autorzy ci spostrzegali objawy zupełnie podobne do zespołu hipoglikemji poinsulinowej u chorych, którzy nigdy nie byli leżeni insuliną; przyczem dolegliwości występowały nagle ze znacznym obniżeniem poziomu cukru we krwi; po podaniu glukozy lub pokarmów, zawierających węglowodany, objawy szybko się cofały. Tego rodzaju przypadki Seale Harris określił terminem „hyperinsulinismus”; inni wprowadzili później słusniejszą nazwę „hypoglykaemia spontanea”. Powodem owej samoistnej hipoglikemji w wielu przypadkach okazały się nowotwory trzustki; operacyjne usunięcie guzów dawało ustąpienie napadów hipoglikemji i powrót do zdrowia (Howland, Carr, Womack). Histologiczne badanie nowotworów wykazało, że składają się one z komórek podobnych do wysepek Langerhansa. W niektórych natomiast przypadkach niewątpliwiej samoistnej hipoglikemji nie stwierdzono nowotworów trzustki ani podczas operacji, ani na autopsji (Heyn, Allan, Holman, Finney s); na tej podstawie wysunięto przypuszczenie możliwości samoistnej nadczynności wysepek trzustkowych, w przeciwieństwie do niedostatecznej ich czynności w przebiegu cukrzycy.

Pozatem samoistna hipoglikemja występuje w schorzeniach przysadki („hypoglykaemia hypophysaria” — Wildera) oraz w cierpieniach wielogrzuczkowych, gdzie poza trzustką w sprawę są wciągnięte inne gruczoły dokrewne, regulujące przemianę węglowodanów, w pierwszym rzędzie — nadnercza (Gougerot, Stenstrom, Peterson). Do ostatniej grupy zaliczyć należy przypadki, opisane u nas przez Węgierek, który stwierdził u kobiet otyłych w okresie przekwitania objawy podobne do zespołu hipoglikemicznego; krew, badana w czasie objawów, wykazywała 60 mg% cukru.

Wślad za amerykańskimi autorami ogłoszono w piśmiennictwie europejskim szereg przypadków niewątpliwie hipoglikemji samoistnej, zależnej przeważnie

od nowotworów trzustki (Labbé, Guy-Laroche, Krause, A. Landau, Roth, Oppenheimer, Escudero, RATHERY, Nielsen).

Przebieg kliniczny zespołu hipoglikemji jest bardzo burzliwy. Na początku zwykle występują zwiastuny w postaci zmęczenia, uczucia głodu; objawy nasilają się stopniowo, dając podniecenie nerwowe, przyspieszenie tętna, spadek ciepłoty, zaczerwienienie skóry, poty, podwójne widzenie, skurcze pojedynczych mięśni, drgawki i wreszcie śpiączkę. Niekiedy brak zwiastunów — sprawa odrazu rozpoczyna się od ciężkich objawów.

Dla niewiadomych przyczyn w pewnym odsetku przypadków na pierwszy plan występują objawy ze strony układu nerwowego ośrodkowego, co powinno zwrócić uwagę psychiatrów i neurologów, gdyż przypadki takie są często źródłem pomyłek rozpoznawczych; badanie glikemji wyjaśnia dopiero genezę objawów; podanie węglowodanów prowadzi do natychmiastowej poprawy. Oppenheimer wyróżnia dwie grupy objawów nerwowych, towarzyszących hipoglikemji: objawy ogniskowe mózgowe i przejściowe psychozy w postaci napadów podobnych do histerji, do psychozy manjakałnej lub stanów schizoidalnych; autor ten opisuje szereg przypadków t. zw. „Insulinpsychosen”, przebiegających z objawami manji, katonji, stuporu, zahamowania mimiki, silnych potów. Oppenheimer sądzi, że siedliskiem tych objawów jest śródmózgowie. Również inni autorzy opisują szereg przypadków, robiących wrażenie ciężkiego schorzenia nerwowego lub psychicznego, a zależnych od samoistnej lub poinsulinowej hipoglikemji; obraz chorobowy niekiedy bywa podobny do padaczki (przypadek Carr — wyleczenie po usunięciu gruczolaka trzustki), do porażenia połowiczego (przypadek Howlanda), do stanów zamroczeniowych (przypadki Wildera, RATHERY), do napadów histerji (Oppenheimer, Wilder, RATHERY).

We wszystkich omawianych przypadkach u osób, u których hipoglikemja powoduje w pierwszym rzędzie objawy nerwowe, nie stwierdzono żadnych specjalnych cech patologicznych, ani też zależności od rasy, płci lub wieku.

Na specjalną uwagę zasługuje fakt, że pomimo bardzo ciężkiego obrazu klinicznego hipoglikemji, zejście śmiertelne jest rzadkie; dowodem tego są hipoglikemie samoistne nierozpoznane, gdzie chory nawet po długotrwałej śpiączce sam wraca do przytomności; to samo dotyczy wstrząsów hipoglikemicznych poinsulinowych. Wskazuje to na istnienie jakiegoś mechanizmu, dążącego do wyrównania hipoglikemji. Do tego samego wniosku doprowadziły badania Cannona, McIvera i Bliss, dokonane na zwierzętach. Wymienieni autorzy sądzą, że, gdy glikemja spadnie poniżej pewnego krytycznego poziomu, układ sympatyczny trzewiowy powoduje wzrost czynności nadnerczy, co prowadzi do zmobilizowania glikogenu wątroby do krwi i wyrównania poziomu glikemji; opisany mechanizm zostaje samoistnie uruchomiony w fazie hipoglikemji.

Wyżej zgrubsza naszkicowany zespół objawów

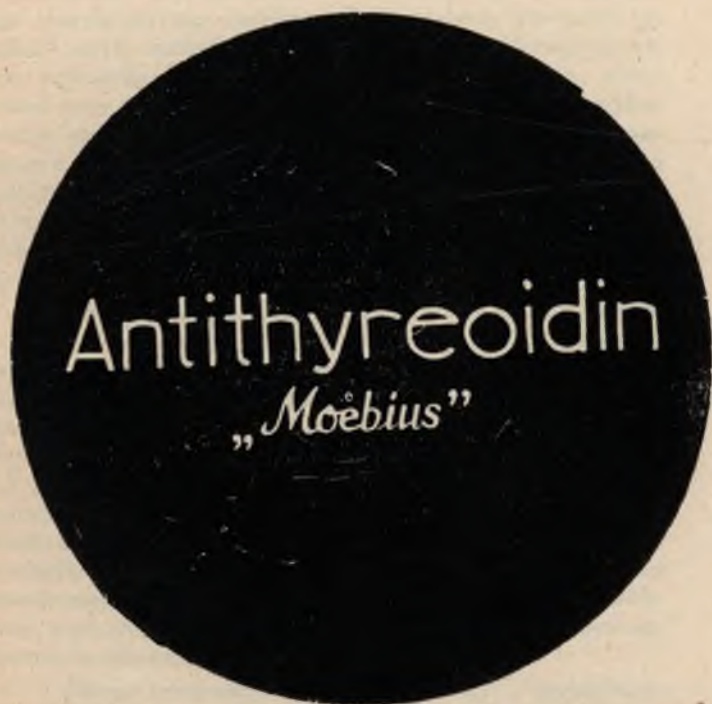
*) Odczyt wygłosz. w Zrzesz. Lek. Rzplitej Polsk. dn. 7.XI.1933 r.



Próby i piśmiennictwo bezpłatnie.

Polska Spółka Schering-Kahlbaum, Sp. z ogr. odp., Wydział Naukowy

Warszawa, ul. Grochowska No. 73



Specyficzne leczenie

nadczynności gruczołu tarczowego

Znakomite wyniki

w

chorobie Basedowa

E MERCK • DARMSTADT

PRZEDSTAWICIELSTWO DZIAŁU NAUKOWEGO

ZAKŁ. CHEMICZNYCH **E. MERCK, DARMSTADT**

Warszawa, Tłomackie 1, tel. 617-71.

Antithyreoidin—tabl. po 0,05 g (słaba dawka) op. oryg. 20 szt.
Antithyreoidin—tabl. po 0,5 g (silna dawka) op. oryg. 10 szt.
Antithyreoidin—amp. do zastrzyków po 1 cm³ op. oryg. 5 szt.

Piśmiennictwo na żądanie. www.darmstadium.edu.pl

działanie insuliny, tem cięższe są objawy hipoglikemji. Nasze badania zmuszają nas do wyciągnięcia wręcz przeciwnych wniosków — objawów hipoglikemicznych nie obserwowaliśmy właśnie po dożylnem wstrzyknięciu insuliny, kiedy mechanizm, regulujący glikemję, otrzymuje potężny bodziec do energicznego działania.

Na podstawie przedstawionych badań wydaje nam się, że objawy hipoglikemiczne zależą od fazy, w której ustrój dla tych lub innych względów niezdolny jest do należytego uruchomienia mechanizmu obronnego, mobilizującego cukier we krwi; w badaniach naszych przyczynę taką stanowiłyby stopniowo wysysające się do krwi porcje insuliny, w innych przypadkach — brak glikogenu w ustroju (po ciężkiej/fizycznej pracy, po biegach maratońskich, w przypadkach rozległych nowotworów wątroby), niedoczynność nadnerczy (choroba Addisona) i t. d.

Sądzymy, że badania nasze rzuciły nieco światła na mechanizm hipoglikemji, nie rozwiązały jednak całkowicie tego tak interesującego zagadnienia, zwłaszcza, jeśli chodzi o głębsze zaburzenia w postaci drgawek, śpiączki oraz ciężkich objawów nerwowych i psychicznych.

PIŚMIENNICTWO.

1. D. Adelsberg. Klin. Woch. N. 40. 1932. 2. F. Bielschowsky. Klin. Woch. N. 36. 1932. 3. F. Büchner. Klin. Woch.

N. 36. 1932. 4. A. Carr. The Journ. of the Am. Med. Assoc. N. 25. 1931. 5. J. Fernbach, A. Dekker. Klin. Woch. N. 38. 1931. 6. S. Harris. The Journ. of the Am. Med. Assoc. V. 100. N. 5. 1933. 7. L. Heyn. The Journ. of the Am. Med. Assoc. V. 98. N. 17. 1931. 8. H. Higier. Warsz. Czasop. Lek. N. 44. 1930. 9. H. John. The Journ. of Am. Med. Assoc. N. 24. 1931. 10. F. Krause. Klin. Woch. N. 50. 1930. 11. B. Kugelmann. Klin. Woch. N. 2. 1931. 12. M. Labbé, R. Boulin, M. Pétreasco. La Pr. Med. N. 45. 1932. 13. A. Landau. Warsz. Czasop. Lek. N. 7. 1933 (prot. Sekcji Klin. Tow. Med. Społ.). 14. M. Landsberg. Polskie Arch. Med. Wewn. 1926. 15. M. Landsberg. Kwart. Klin. Szp. Staroz. N. 3. 1926. 16. G. Larocche, Lelourdy, Bussiére. La Pr. Med. N. 33. 1928. 17. G. Maranon. La Pr. Med. N. 101, 1925. 18. G. Marinesco, E. Façon, A. Brach, A. Paemesco-Podeano. Annales de Med. V. 33. N. 2. 1933. 19. A. Oppenheimer. Med. Klinik. N. 30. 1927. 20. F. Rathery. Le Traitement insulinaire du diabète 1931. 21. F. Rathery, Kourilsky. Paris Médicale, N. 18. 1925. 22. M. Rosenberg. Klin. Woch. N. 51. 1932. 23. O. Roth. Med. klin. N. 48. 1930. 24. J. Sigwald. L'hypoglycémie. 1932. 25. A. Schmidt. Klin. Woch. N. 22. 1930. 26. F. Ueber. Die Stoffwechselkrankheiten — 1925. 27. E. Wiechmann. Klin. Woch. N. 12. 1931. 28. J. Węgierko. Warsz. Czasop. Lek. N. 1. 1932. (prot. Warsz. Tow. Lek.). 29. Wilder, Allan. The Journ. of the Am. Med. Assoc. V. 89. 1927. Womack, Gnagi, Graham. The Journ. of the Am. Med. Assoc. V. 97. N. 12. 1931. 31. E. Judd, F. Allan, E. Rynearson. The Journ. of the Am. Med. Assoc. V. 101, N. 2. 1933.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala Kasy Chorych m. Łodzi im. Prez. Prof. Ign. Mościckiego.
(Kierownik: Prof. Dr. Wł. Dzierzynski).

Przyczynek do leczenia obrzęku śluzakowego

Podał

Dr. M. WAJNBERG (Łódź).

Pierwsze opisy kliniczne obrzęku śluzakowego (*myxoedema*) należą do anglików Gulla (1873) i Orda (1877), a Kocher (1882) i Reverdin (1883) opisali przyrodki obrzęku śluzakowego po usunięciu tarczycy (*Cachexia strumipriva*) i pierwsi wskazali na znaczenie tarczycy w patogenezie tej jednostki chorobowej.

Stan chorobowy, wywołany wypadnięciem czynności tarczycy lub jej niedomogą, charakteryzuje się upośledzeniem wszystkich żywotnych czynności organizmu. Zmiany te spostrzegamy tak w układzie nerwowym (psychiczne ograniczenie i obniżona pobudliwość roślinnego układu nerwowego), jak i w narządach wewnętrznych i układzie ektodermalnym. Mamy więc do czynienia z a — lub hipofunkcją tarczycy (*Athyreosis, hypothyreosis*).

Odróżniamy dwie postacie obrzęku śluzakowego.

1. *Myxoedema* sporadyczna
2. „ „ „ endemiczna

Tę drugą postać niektórzy autorzy (H. Bircher, G. Gign i Merckelbach) wydzielają jako jednostkę samodzielną.

Postać sporadyczna bywa:

a) wrodzona, jako rezultat zaburzenia rozwoju embrjonalnego tarczycy lub jako rezultat agenezji tarczycy;

b) nabyta wskutek infekcji, intoksykacji (*tbc., lues*), wylewu krwawego do tarczycy, nowotworu i t. d.

Pooperacyjną atyreozę spotykamy obecnie bardzo rzadko, gdyż całkowite usunięcie tarczycy odbywa się tylko w przypadkach złośliwego nowotworu (*Ca*).

Noworodki z wrodzoną atyreozą nie od razu zdradzają objawy tej choroby, gdyż otrzymują hormon tarczycy od matki drogą krążenia łożyskowego i podczas karmienia piersią przez mleko.

W obrzęku śluzakowym wrodzonym uderzają przede wszystkim zaburzenia rozrostu. Wzrost takich osobników nie przekracza często 1 mtr. Jest to skutkiem późnego wystąpienia jąder kostnych i zahamowanego skostnienia epifiz. Opóźniony rozwój kości szkieletu nosa wywołuje wklęsnięcie jego nasady, co nadaje twarzy tak charakterystyczny wygląd. Uzębienie jest opóźnione, nieprawidłowe, spróchniałe. Zaburzenia odżywcze stwierdzamy przede wszystkim w układzie ektodermalnym. Zmiany na skórze są tak typowe, że Orda — pierwszy badacz histologii skóry w tych zaburzeniach — nadał tej chorobie nazwę obrzęku śluzakowego. Powieki nabrzmiewają, nos staje się niekształtny, czoło marszczy się, gruby język wisi między nabrzmiałymi wargami, jamy nadobojczykowe są wypełnione. Skóra sucha. Włosy rzadkie, suche, łamliwe, łatwo wypadają. Pod pachami, w okolicy sromu często brak zupełnie włosów. Paznokcie suche, łamliwe. Często nabrzmiewa śluzówka krtani, nosa, gruczoły chłonne przerastają w znacznym stopniu.

Zaburzenia narządu płciowego są skutkiem jego niedorozwoju; brak *libido* u mężczyzn, perjodu u kobiet. Brak gruczołów piersiowych u kobiet, brak *descensus testis* u mężczyzn. Częste uporczywe zaparcie stol-

ca jest skutkiem atonji, zwłaszcza jelita grubego, wywołanej zmniejszoną napięciem n. błędnego.

Bardzo typowe są zmiany w krążeniu i w sercu. Serce bywa rozszerzone, skurcz jego powolny, robaczkowy. „Lenistwo całego człowieka odzwierciadla się w jego sercu” — powiada Z o n d e k. Tętno 50—60; temperatura ciała obniżona (34 — 35°). Wczesne objawy miażdżycy tętnic. Liczba czerwonych ciałek krwi i ilość hemoglobiny zmniejszona, leukocytoza, eozynofilia. Szybkość opadania czerwonych ciałek krwi jest, według T a t e r k i i G o l d m a n a, zmniejszona.

Bardzo typowym objawem jest znaczne obniżenie przemiany materji, która może dojść, według M a g n u s a - L e w y e g o, do — 59%. Tę obniżoną przemianę materji udaje się już małymi dawkami tyreoidyny znacznie podnieść. Według K o w i t z a 0,2 *Thyr. siccat.* M e r c k a wystarczy, aby wyrównać deficyt 35%.

I wreszcie kilka słów o układzie nerwowym. Zaburzenie intelektualne wyraża się osłabieniem pamięci, brakiem zdolności obserwacyjnych, utratą zdolności wydawania sądu, tępotą umysłową. Pobudliwość całego układu roślinnego jest znacznie obniżona: adrenalina nie wywołuje glikozurji, rozszerzenie źrenic po wkropleniu atropiny trwa bardzo długo, natomiast zwężenie ich po pilokarpinie trwa krócej, niż u zdrowych, wydzielanie gruczołów potowych i łojowych jest znacznie zmniejszone — stąd ta suchość włosów i skóry.

Przechodzimy do opisu naszego przypadku.

Chora M. W.*), lat 18 zgłosiła się na oddział chorób nerwowych Szpitala Kasy Chorych m. Łodzi 21.X.1930 roku. Wywiadu udzieliła nam matka chorej. Rodzice są zdrowi, w rodzinie nie było chorób psychicznych, zaburzeń rozwojowych lub chorób przemiany materji. Anamneza rodzinna nie przedstawia nic ciekawego. Pacjentka była czwartym dzieckiem, donoszonym, wagi i wzrostu przy urodzeniu przeciętnego. Karmiona była piersią matki. Dopiero w 13 miesiącu życia dziecka matka zauważyła, że nie rozwija się ono normalnie. Dziecko było mało aktywne, spokojne, nie krzyczało, jedzenia nie domagało się. Chodzić zaczęła w 17 miesiącu, mówić w 3-cim roku życia. Przed 3-cim rokiem życia nie odróżniała swoich od obcych. Pierwsze ząbki w drugim roku życia. W piątym roku życia zaczęła chodzić do szkoły. Nie mogła się systematycznie uczyć z powodu osłabienia, senności. Najchętniej leżała w łóżku. Lubiła bawić się lalkami.

Stan przedmiotowy w dniu przybycia jej do szpitala był następujący (fot. Nr. 1 — 2):

Wzrost=112,5 cm., waga=26,200 Klg.

Wymiary czaszki:

1) odległość od *glabellae* do *protub. occip. ext.* = 27,5 cm.

2) obwód głowy = 51 cm.

Długość KK.G.: od *acromion* do *proc. styloid. radii* = 31

Długość kkd. od *trochant. maj.* do *malleol. lat.* = 47

Obwód klatki piersiowej poniżej sutków = 68

Obwód brzucha w pozycji siedzącej na poziomie pępka = 74,5

Serce: lewa granica 6,5 cm. od linii środkowej; prawa granica 3 cm. od linii środkowej; gran. aorty 1,5 cm. od linii środkowej.

Tony miarowe, czyste, o prawidłowym rytmie i akcentacji. Płuca: szmery oddechowe normalne. Wypuk jawny. Jama brzuszna wysklepiona. Wątroba macalna na 1,5 palca pod łukiem żebrowym. Śledziona niemacalna. Skóra sucha, zrogo-

waciały naskórek łuszczy się, przez co skóra jest szorstka, ostra. Tkanka tłuszczowa podskórna miernie rozwinięta. Na głowie skóra pokryta masami zrogowaciałego naskórka. Włosy na głowie suche, łamliwe, rzadkie, niejednostajnie zabarwione: pasma jasne mieszają się z odcieniami ciemniejszymi. Owłosienia terminalnego brak zupełnie: pod pachami, w okolicy sromu i na całej powierzchni skóry niema najmniejszych nawet włosków. Błona śluzowa jamy ustnej, spojówki i warg blada, z odcieniem sinawym. Gruczoły chłonne karkowe, pachowe, pachwinowe powiększone, migdałki podniebienne duże. W miejscu tarczycy wyczuwa się nieco wiotkiej tkanki. Badanie ginekologiczne (dr. G a w r o Ń s k i) wykazało: „Macica niedokształcona, mała, jajników nie udało się wybadać”. Badanie oto — laryngologiczne (dr. I m i c h) „Pharyngit. later. z nieznacznym przerostem migdałków. W nosie stosunki normalne. Uszy: bębenki nieco matowe ze skróconym refleksem”.

Zęby rozstawione bardzo rzadko, rowkowane wgrzyzy i powierzchnie, bardzo drobne, spróchniałe, żółte. (Fot. Nr. 3).

Układ nerwowy przedstawiał się w sposób następujący: Źrenice okrągłe, równe, na światło, zbieżność i nastawienie reagują dobrze. Ruchy gałek ocznych zachowane we wszystkich kierunkach. W zakresie n. twarzowych ruchy symetryczne. Słuch dobry obustronnie. Łuki podniebienne przy fonacji napinają się symetrycznie. Język wysuwa dobrze, porusza nim swobodnie. W zakresie n. trójdzielnego stosunki normalne.

Kończyny górne: Ułożenie, napięcie mięśni, ruchy czynne i bierne normalne. Koordynacja ruchów normalna. Adiadochokinezy brak. Mięśnie wiotkie. Ruchy wszystkie wykonywa powoli, bez energii.

Odruchy bi — i tricipitalne miernie żywe, ==

Odruchy okostnowe żywe i ==

Kończyny dolne: Ułożenie, ruchy czynne i bierne, napięcie mięśni i koordynacja ruchów normalne.

Ataksji brak.

Odruchy kolanowe — miernie żywe i ==

Odruchy achillesowe — miernie żywe i ==

Odruchy podeszwowe — miernie żywe i ==

Odruchów brzusznych nie udało się wywołać.

Zaburzeń równowagi brak. Zaburzeń czucia brak. Mocz oddaje normalnie, wypróżnienie rzadko.

Stan psychiczny: jest dość towarzyska z upodobania, garnie się do dzieci 5 — 6 letnich, lecz z powodu dokuczania i docinków jest osamotniona. Nastrój ma zmienny, częściej smutna, niż pogodna. Lubi bawić się lalkami. Liczy, pokazując każdą jednostkę na palcach, do 20.

2 + 2 = 4

2 + 4 = 6

3 + 4 = 7

7 + 3 = „nie pamiętam”

5 + 3 = „ ”

2 × 2 = 4

2 × 3 = 5....

połowa 10? = „nie pamiętam”.

Obraz wzrokowy sylwetki cielesnej: Głowa stosunkowo duża na krótkiej szyi, wargi grube, policzki wystające, nos przyplaszczony, szeroki. Włosy suche, rzadkie.

Dołki nadobojczykowe wypełnione. W okolicy sutków wyniosłość, jakby zaznaczone piersi, brzuch duży, wzdęty, obwisły. Kręgosłup w części lędźwiowej lordotycznie wygięty. Kolana koślawe, stopy płaskie (Fot. Nr. 4).

Badania pomocnicze:

O d c z y n W a s s e r m a n n a w surowicy krwi ujemny.

W moczu brak zmian patologicznych.

Metabolizm podstawowy wynosił — 25%

*) Demonstrowana na posiedzeniu sekcji neurol. - psych. Łódzk. Tow. Lek. 17.V.1933 r.



Fot. 1.



Fot. 2.



Fot. 3.



Fot. 4.



Fot. 5.



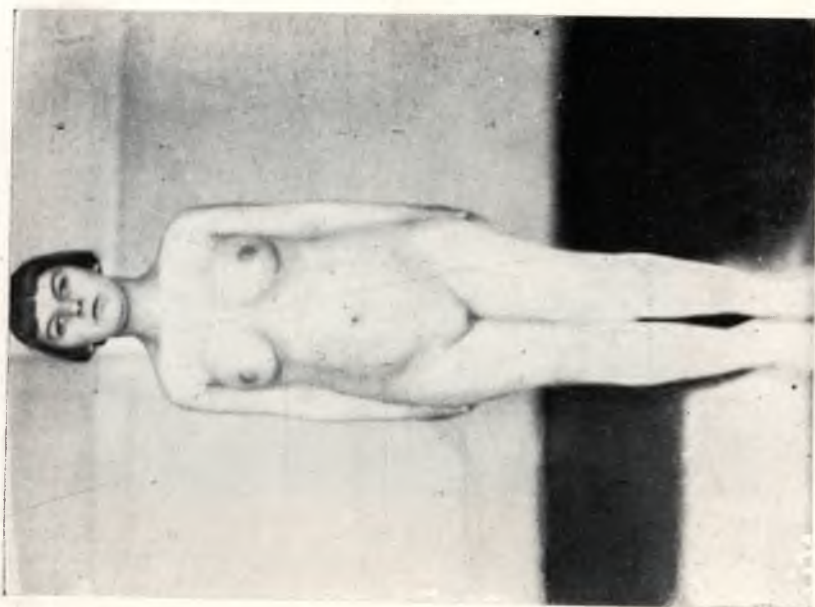
Fot. 6.



Fot. 7.



Fot. 8.



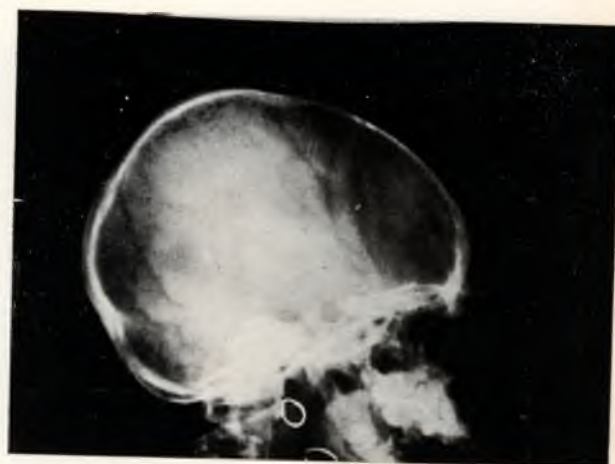
Fot. 11.



Fot. 10.



Fot. 9.



Rentg. 1.



Rentg. 2.



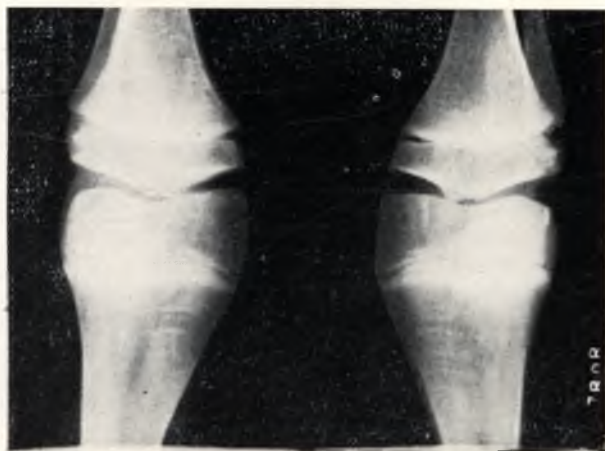
Rentg. 3.



Rentg. 4.



Retng. 7.



Rentg. 5.



Rentg. 6.



Rentg. 8.

Obraz morfologiczny krwi: Hb 80%, czerw. ciał. krwi 4030000, biał. c. krwi — 3900, wskaźnik barwnikowy = 1.

Hemogram: Obojętnochłonnych 45%, a) paleczkow. 6%, b) segmentow. 39%, Kwasochłonnych 9%, monocytów 8%, limfocytów 38%.

Zawartość cukru we krwi = 79 mg. w 100 cm³ krwi.

Zawartość cholesteryny we krwi = 190 mg. w 100 cm³ krwi.

Zawartość wapnia we krwi = 10,7 mg. w 100 cm³ krwi.

Rtg.**) (29 X 30). Zdjęcia klatki piersiowej, kończyn, kręgosłupa, szczęki. „Stan kostnienia jąder odpowiada stanowi 5-letniego dziecka. Kostnienie przylega do cech, odbiegające od normy: jądra są zniekształcone, spłaszczone, częściowo zagęszczone. Szczeliny nasadowe są rozszerzone; Stawy są szerokie. Główniki kości udowych i ramieniowych płaskie. Trzony długich kości delikatne w porównaniu do szerokich niezgrabnych części nasadowych szyjek i główek. Miednica wąska. Kąt łonowy mały. Szczeliny międzykręgowe bardzo szerokie. Podstawa czaszki skrócona. Szwy czaszkowe niezarośnięte. *Thymus persistens*” (Rtg. Nr. 1 — 3).

Chora otrzymywała doustnie preparat tarczycowy (Parke - Davis i S p i e s s a) i 4.I.1931, więc po 2,5 miesiącach została wypisana ze znaczną poprawą. Była żywsza, ruchliwsza, dużo biegała, śpiewała, była towarzyska, kokietyjna.

17.VI.31 pacjentka znów zgłosiła się do szpitala. Po opuszczeniu szpitala w styczniu tegoż roku stosowała tabletki tarczycy S p i e s s a i P a r k e - D a v i s a do 3 dziennie. Z opowiadań matki wynikało, że w tym czasie psychicznie rozwinęła się, lecz było trudno porozumieć się z nią: była uparta, nieposłuszna, biła dzieci. Często płakała, grymasiła, źle sypiała, była czemś zaniepokojona, czasem onanizowała się.

Wzrostu była 122 cm, wagi 28 kg. Skórę miała gładką, miejscami tylko szorstką, nieznacznie wilgotną, włosy mniej twarde. Skóra na głowie była czysta, bez zrogowaciałego naskórka. 2 nowe kły w dolnej szczęk. Cała sylwetka chorej smuklejsza, twarz mniej nalana, dolki nadobojczykowe uwidaczniają się, piersi, wybitnie wymodelowane, wielkości mandarynki. W głębi wyczuwa się gruczoły mleczne, na wardze górnej meszek. Na brzuchu skóra daje się ująć w fałdę.

Po dalszym stosowaniu preparatu tarczycy została wypisana 3.VIII.1931 z wyraźną poprawą psychiczną i wzrostem kośćca: wzrost=124,5 cm., waga=30,5 kg. (Fot. Nr. 5—6, Rtg. Nr. 4, 5).

13 lutego 1932 przybyła do szpitala poraz trzeci.

wzrost = 130,5, waga = 37,5 (Fot. Nr. 7).

i po 6 tygodniach przy ciągłym stosowaniu tarczycy została 26.III.1932 wypisana z dalszą poprawą: wzrost = 132 cm., waga = 39,150.

Ogólna budowa ciała przypomina 14 — 15 letnią dziewczynę, wyraz twarzy kokietyjny, pozornie brak śladów obrzęku śluzakowego. (Fot. Nr. 8). Uzębienie prawie normalne (Fot. Nr. 9). Rtg. (z 24.II.32); Zdjęcie czaszki, kręgosłupa, kończyn: „Obraz się zupełnie zmienił. Stan kostnienia jąder odpowiada wiekowi 14 — 15 lat, z wyjątkiem miednicy. Przednie szwy czaszkowe niewidoczne. Szczeliny nasadowe widoczne, lecz wąskie. Obecnie widoczne są jądra wszystkich drobnych kości garstkowych i śródstopia” (Rtg. Nr. 6, 7).

28 września 1932 przybyła do szpitala poraz 4-ty: wzrost = 138, waga = 38 kg.

Skóra gładka, włosy o normalnym wyglądzie, pod pachami

**) Wszystkie rentgenogramy i opisy zostały wykonane przez D-ra St. K e i l s o n a, kierownika Pracowni Rentgenologicznej Szpitala Kasy Chorych m. Łodzi. Składam mu podziękowanie.

mi i na wargach dużych pojedyncze włoski. Modelacja dołków nadobojczykowych zupełnie dobra. W ciągu pierwszego tygodnia obecnego pobytu w szpitalu nie otrzymywała tarczycy, aby zbadać metabolizm podstawowy, który wykazał deficyt 11,3% (w r. 1930 przed leczeniem — 25%). Po tem badaniu była znów stosowana tarczyca (S p i e s s a), i chora została wypisana 9 listopada 1932. Wzrost = 139 cm., waga = 36,5 kg. (Fot. Nr. 10). Rtg. (20.X.32):

„Koście miednicy, uda i przedramienia wykazują obecnie w porównaniu do zdjęcia 24.II.32 zwężenie szczelin nasadowych oraz częściowy ich zanik w części dolnej miednicy i krętarzy”.

Poraz 5-ty przybyła do Szpitala 27 kwietnia 1933 r.: wzrost = 140,5, waga = 43,7 kg.

Wymiary czaszki:

1. Odległość od *glabellae* do *protub. occip. ext.* = 30,5.

2. Obwód głowy = 53.

Długość kończyn:

gg.: od *acromion* do *proc. styloid. radii* = 35 cm.

dd.: od *trochant. maj.* do *malleol lat.* = 59 cm. z

Obwód klatki piersiowej poniżej sutków = 75 cm.

Obwód brzucha w pozycji siedzącej na poziomie pępka = 79 cm.

Serce: lewa granica 5,5 cm. od linii środkowej, prawa 3 cm od linii środkowej, granica aorty 2 cm. od linii środk.

Skóra z wyjątkiem grzbietów rąk nie sucha, naskórek nie łuszczy się, skóra na głowie zupełnie czysta, włosy na głowie gęste, jednostajnie zabarwione, nie są tak suche, nie łamią się. Pojedyncze włosy pod pachami i na sromie. Błona śluzowa jamy ustnej, spojówek, warg dobrze unaczyniona. Gruczoły chłonne na karku i w pachach nie wyczuwają się; nieznacznie powiększone migdałki podniebienne.

2 marca 1933 poraz pierwszy peroid, 10 kwietnia 1933 r. poraz drugi i 4 maja poraz trzeci. Badanie ginekologiczne (Dr. G a w r o ņ s k i): „Macica wyraźnie większa, niż w r. 1930, jajników wy badać nie można”.

Zęby gęste, normalnej wielkości i właściwego zabarwienia. Mocz oddaje dobrze. Stolec co drugi dzień. Stan psychiczny: nie zależy jej na towarzystwie dzieci, woli przebywać wśród dorosłych, nie bawi się lalkami i nie ma ich już wcale. Ruchliwa, cały dzień spaceruje na korytarzu szpitala, obcuje z innymi chorem, jest wesoła, pogodna, b. towarzyska. Dużo się śmieje.

Zaraz po przybyciu do szpitala w ciągu tygodnia nie dostawała tarczycy, aby zbadać metabolizm podstawowy, który wykazał deficyt 7% (w r. 1930 = —25%, w r. 1932 = —11,3%), a po zastosowaniu tarczycy (3 razy dziennie 0,1 firmy S p i e s s a) metabolizm podstawowy wykazał + 9%.

Badanie krwi: Hb. 80%, czerw. ciał. krwi 4880000, biał. ciał. krwi — 5,800, wskaźnik barwnikowy = 0,82.

Hemogram: Obojętnochłonnych 47%, a) paleczkow. 3%, b) segmentow. 44%, Kwasochłonnych 4%, monocytów 3,5%, limfocytów 45,5%.

Ogólna sylwetka: wielkość głowy odpowiada długości ciała, szyja wydłużona, proporcjonalna do tułowia, wargi nie nabrzmiały, policzki nie występują, nos kształtu prawidłowego. Dolki nadobojczykowe dobrze wymodelowane, piersi wielkości główki noworodka. Budowa ciała przypomina pannę 16 — 17 lat (Fot. Nr. 11). Rtg. (12.V.33) „Zdjęcie czaszki, kręgow, kości. Prześwietlenie serca.

S e r c e: Wstęga naczyniowa zwężała się. Stan kostnienia uległ dalej znacznej zmianie ku lepszemu. Szczeliny nasadowe długich kości zwężyły się. Szwy czaszkowe niewidoczne z wyjątkiem *sut. lambdoideae*. Drobne kości śródręcza prawidłowe. Główniki kości udowych i ramieniowych zaokrąglone. Szczeliny stawowe wąskie, wąskie też są szczeliny mię-

dzykręgowę. Znikły niedokładności kostnienia i zniekształcenia, spowodowane przez nieprawidłowe kostnienie“.

(Rtg. Nr. 8).

26 maja 1933 chora została wypisana: Wzrost = 141 cm., waga = 44 kg.

Co kilka miesięcy chora przychodzi do szpitala dla kontroli i otrzymuje preparat tarczycy.

Ostatni raz zgłosiła się 24 czerwca 1933 r. Tego dnia: wzrost = 141,5 cm, waga = 44,5 kg.

Reasumując, stwierdzamy, że chora nasza z wrodzonym obrzękiem śluzakowym do 18 roku życia zupełnie nie była leczona. Chora przybyła do szpitala jako kompletny matolek ze wszystkimi cechami wrodzonego obrzęku śluzakowego, a obecnie po 2½ latach stosowania tarczycy nastąpiła znaczna poprawa w stanie psycho - fizycznym i somatycznym (porównaj Fot. Nr. 4 z Nr. 11, Rtg. Nr. 3 z Nr. 8).

Na podstawie tego spostrzeżenia wnioskujemy, że stosowanie tyreoidyny jest konieczne i celowe również w przypadkach późnego stwierdzenia choroby (u naszej chorej w 18 r. życia).

PISMIENNICTWO.

1) Bircher H. „Das Myxoedem u. die kretinoide. Degeneration“, 1890, 2) Bogomolec A.: „Atyreoz“ w Wielkiej Encyklopedji Lekarskiej, Moskwa 1928. 3) Curschmann: „Ueber thyreogene Fettsucht“ D. m. W. 1929, Nr. 42. 4) Falta W.: „Die Ergrangungen der Blutdrüsen“, Handbuch der inner. Medizin. J. Springer, 1927, 5) Gigon i Merkelbach: „Myxödem“. N. Deutsche Klinik T. VII. 1931 Urban i Schwarzenberg. 6) Kocher: „Zur Verhütung des Kretinismus und Kretinoider Zustände“ „D. Zeitschr. für Chirurgie“ 1892 T. 34. 7) Kowitz: „Experimentelle Untersuchung zu dem Problem der Schilddrüsenfunktion“ „Zeitschr. f. d. ges. exp. Med.“. 1923 T. 34, 8) Magnus - Levy: „Ueber Myxoedem“. „Zeitschr. f. klin. Med.“ 1904, T. 52, 9) Taterka i Goldman: „Die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten als Diagnostikum“ „Klin. Woch.“ 1930, 10) Zondek H.: „Die Erkrankungen d. endokrinen Drüsen“. J. Springer 1926. 11) tenze: „Ueber pluri-gland. Insuffizienz“, „D. m. W.“ 1923 N. 11, tenze. 12) „Der Aufbau des Basedow — Syndroms unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses des Schilddrüsenhormons auf die zirkulierende Blutmenge“ „D. m. W.“ 1930, 9, 10.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Krótkie fale w medycynie.

Podał

Szymon HOPENSZTADT (Warszawa).

Sprawa krótkich fal w medycynie wywołuje ostatnio duże zainteresowanie zagranicą, szczególnie we Francji, Niemczech i Ameryce. Dowodem tego jest fakt, że kongres rentgenologów francuskich, który odbył się w październiku r. b. w Paryżu, wybrał, jako jeden z dwóch głównych tematów, zastosowanie krótkich fal w medycynie.

Pierwszy zaczął pracować nad zagadnieniem krótkich fal w roku 1926 S z e r e s z e w s k i w Ameryce, naświetlając nimi zwierzęta.

Schliephake w Niemczech, Saidman i Cahen we Francji zaczęli badać działanie lecznicze krótkich fal na człowieku.

Fale krótkie powstają przez drganie ładunków elektrycznych, przewodzone w eterze w postaci fal elektromagnetycznych. Fale te, inaczej zwane falami Hertza, mają szybkość światła, czyli 300.000 klm. na sekundę.

Długość tych fal jest zależna od liczby drgań ładunku elektrycznego na sekundę. Jeżeli liczba drgań wynosi np. 20.000.000 na sekundę, to długość danej fali wyniesie 300.000.000 m.

$$\frac{300.000.000}{20.000.000} = 15 \text{ mtr.}$$

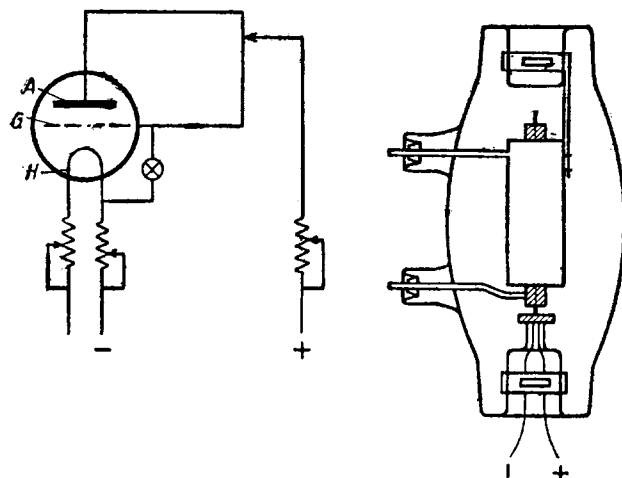
Fale te zwane są krótkimi w stosunku do fal, używanych w telegrafii, których długość dochodzi do kilku kilometrów; są one także krótsze od fal radiowych.

W medycynie używamy głównie fal długości od 30 — 50 mtr., ale najczęściej stosujemy fale długości od 4 — 20 mtr.

Do otrzymywania krótkich fal służą nam aparaty lampowe. Składają się one z dwóch części: z obwodu pierwotnego i obwodu wtórnego, w którym umieszcza się chorego.

W obwodzie pierwotnym drgania powstają dzięki lampie o tym samym typie, co na stacji radiowej nadawczej.

Powstają one w ten sposób, że od katody o napięciu 16 wolt odbywa się emisja elektronów w kierunku silnie przyciągającej anody, posiadającej zwykle napięcie ok. 5000 wolt. Elektrony po drodze napotykają siatkę, leżącą między katodą a anodą. Tak zwane obwody anody i siatki oddziałują na siebie indukcyjnie, dzięki czemu siatka zostaje naładowana, raz ujemnie, drugi raz dodatnio. W pierwszym przypadku mamy wstrzymanie emisji elektronów i odwrót ich w kierunku katody. Ale silnie przyciągająca anoda wywołuje natychmiast powrotny prąd elektronów w jej kierunku, przepuszczony przez już dodatnio naładowaną siatkę.



1) Schemat lampy
H — Katoda
G — Siatka
A — Anoda

2) Przekrój schem. lampy

Dzięki tym ciągłym przerwom wywołanym zmiennie naładowaną siatką, powstają drgania elektryczne.

Proces powyższy odbywa się z szaloną szybkością, tak, że w ciągu sekundy powstaje kolosalna liczba drgań.

Z obwodu pierwotnego, czyli drgającego, energia elektryczna zostaje drogą indukcji przeniesiona na obwód wtórny. Tam wytwarza ona między dwiema elektrodami pole elektryczne t. zw. kondensatorowe, w którym umieszczamy obiekt naświetlany.

Aparat będzie wówczas pracował wydajnie, gdy obwód wtórny będzie dostrojony do obwodu pierwotnego, czyli będzie istniał między nimi rezonans.

Jak wiadomo, djatermja daje nam także prąd wysoce częstotliwy, czyli prąd zmienny o wysokim napięciu. Ale liczba drgań w djatermji sięga najwyżej jednego miljona, zatem długość najkrótszej fali będzie wynosiła 300 mtr.

Drgania te powstają w djatermji dzięki przerwom prądu elektrycznego, wywołanego t. zw. iskiernikami. Otóż pewne firmy niemieckie wyrabiają aparaty o dużej liczbie iskierników celem otrzymania większej liczby drgań, a tą drogą powstawania krótkich fal.

Ale iskierniki dają nam fale gasnące, o nierównej amplitudzie, gdy aparaty lampowe dają nam fale pełne, o równej amplitudzie.

Dlatego też energia elektryczna w tych aparatach czynna jest tylko w pewnych odstępach czasu. Z tego powodu, oraz z pewnych względów technicznych, wydajność ich jest słaba. (S c h l i e p h a k e).

Fale krótkie, jak mówiliśmy wyżej, wytwarzają między elektrodami t. zw. pole kondensatorowe, w którym znajduje się naświetlany obiekt. Każda komórka, każda cząsteczka, każdy jon tego obiektu ulega działaniu elektrycznemu krótkich fal.

Dowodem tego wybiórczego działania jest doświadczenie E s s a u a. Umieścił on emulsję oliwy w wodzie w polu kondensatorowym. Nastąpiło wyparowanie wody z emulsji, aczkolwiek temperatura tej ostatniej wynosiła ok. 60°, a więc poniżej temperatury wrzenia. Widzimy więc, że krótkie fale, działając selektywnie na krople wody, doprowadziły je do temperatury przeszło 100°, przy czem nastąpiło wyparowanie wody z trudno ogrzewającej się oliwy.

Na tem właśnie polega jedna z głównych różnic między krótkimi falami a djatermją. Wiemy, że prąd elektryczny w djatermji, przechodząc bezpośrednio z przyłożonych do ciała elektrod, przetwarza się w energię cieplną, przyczem ma tu zastosowanie prawo J o u l e a.

$$W = Y^2 R \cdot t, 0,24 \text{ gram} - \text{kaloryj.}$$

Ciepło (W) więc jest zależne od kwadratu natężenia prądu (Y), czasu trwania (t) i oporu przewodnika (R).

Wobec tego, że ciało ludzkie składa się z tkanek o nierównym oporze, nie następuje jednolite przegrzanie. Najwięcej przegrzewa się skóra i tkanka podskórna, gdyż tkanki te przedstawiają duży opór, prąd zaś musi przejść przez nie. Prąd obiera pozbawienie zawsze drogę najmniejszego oporu, a więc przez mięśnie i naczynia; omija tedy tkanki o dużym oporze jak np. kość, żołądek i t. d., które nagrzewają się bardzo mało.

W terapii krótkofalowej mamy jednakowe działanie na wszystkie tkanki, równomierne przenikanie wewnątrz danego obiektu, gdyż kwestja różnorodnego oporu nie ma tu dużego znaczenia.

S c h l i e p h a k e przeprowadzał doświadczenia nad modelami z chleba, gdzie w rozmaitej głębokości wsadzał termometry spirytusowe. Stwierdził on, że w

djatermji mamy największe ogrzanie powierzchni modeli wówczas, gdy temperatura wewnątrz jest niska. W krótkich falach, gdy elektrody znajdują się w odległości 2-ch cmtr. od brzegów modelu, temperatura wewnątrz jest nawet większa, aniżeli na powierzchni.

Autor ten mierzył temperaturę wewnątrz przełyku i żołądka za pomocą specjalnego termometru, umieszczonego w cienkim zgłębniku: znajdował wówczas wyższą t° przy naświetlaniu krótkimi falami, aniżeli przy djatermji. Te same wyniki otrzymywał przy mierzeniu t° wewnątrz miedniczek nerkowych.

Badania były także przeprowadzane nad działaniem krótkich fal na toksyny i bakterje.

Pierwszy D' A r s o n v a l naświetlał *bac. pyocyaneus*. S z y m a n o w s k i, bakterjolog polski w Ameryce, niszczył jad błonicy krótkimi falami długości 2 mtr.

S c h l i e p h a k e i H a a s e przeprowadzali doświadczenie głównie na gronkowcach i prątkach gruźlicy.

Dla kontroli brali oni zawsze hodowlę bakterji w kąpiel wodnej. Okazało się, że bakterje giną o wiele prędzej pod działaniem krótkich fal, aniżeli w kąpiel wodnej przy tej samej t°.

Naprzykład: *staphylococcus albus antihæmolyticus*, wyhodowany ze świeżego ropnia, ginie w kąpiel wodnej przy temp. 50° w ciągu godziny, wówczas, gdy w polu kondensatorowym przy tej samej t° w ciągu trzydziestu minut.

Rozważana jest również sprawa zależności bakterjobójczego działania fal krótkich od ich długości. Chodzi o zastosowanie dla każdego rodzaju bakterji takiej fali, która dawałaby *maximum* działania bakterjobójczego. L i e b e s n y np. stwierdził najlepsze działanie na większość bakterji fali 15 mtr.

Co do działania biologicznego, to należy odróżnić działanie ogólne i miejscowe. Pierwsze ujawnia się już u personelu lekarskiego, pracującego od dłuższego czasu w pobliżu aparatów krótkofalowych. Występują objawy, charakterystyczne dla nerwicy ogólnej: skłonność do depresji wraz z stanami podrażnienia, bezsenność, następnie bóle głowy, coraz bardziej się nasilające.

Jednak objawy te nie mają charakteru uszkodzenia trwałego. Już krótki, tygodniowy urlop wywołuje ustąpienie wszystkich powyższych objawów.

Co się zaś tyczy człowieka, naświetlanego krótkimi falami, to możemy u niego wywołać podniesienie t°, dochodzące do 39 — 40°. Następuje to po godzinnem naświetlaniu w odpowiednich warunkach.

Zwierzęta, poddane działaniu krótkich fal, giną wyłącznie z przegrzania (S z e r e s z e w s k i, W i t n e y), przyczem pewną rolę odgrywają zaburzenia ośrodka cieplnego (S c h l i e p h a k e). Zmiany histologiczne u małych zwierząt nie różnią się wiele od zmian, otrzymanych od działania ciepła.

Przejdźmy obecnie do zmian, wywołanych krótkimi falami w ustroju ludzkim.

We krwi występuje zwykle w godzinę po naświetlaniu, po przejściowym spadku liczby białych ciałek krwi, leukocytoza, utrzymująca się około 9 — 24 godzin (Ü t i n g e n, S c h u l z e).

Stwierdzono również znaczne rozszerzenie naczyń włosowatych, które w przeciwieństwie do przekrwienia, wywołanego ciepłem, utrzymuje się bardzo długo, około 4 godzin. Nawet naczynia, zwężone pod

działaniem adrenaliny, rozszerzają się pod wpływem krótkich fal. Jak wynika z badań P f l o m m a nad naświetlanem sercem żabiem, mamy tu do czynienia z obniżeniem napięcia układu sympatycznego oraz pobudzeniem parasympatycznego.

Jednocześnie z rozszerzeniem mamy zwiększoną przepuszczalność naczyń włosowatych, co przyczynia się do ożywionej wymiany między tkanką a krwią. Poza to w tkance naświetlanej stwierdza się zwiększenie ilości wapnia i zmniejszenie ilości potasu, a zarazem w surowicy krwi zmniejszenie stosunku Ca i K na korzyść potasu.

Leczenie falami krótkimi stosujemy przede wszystkim w sprawach zapalnych. Wynika to już logicznie z ich działania biologicznego. Znaczne i długotrwałe rozszerzenie naczyń włosowatych przyczynia się do szybszego wchłaniania obrzęku zapalnego. Podobnie fagocytoza (J o r n s), mobilizacja jonów Ca — są to czynniki przeciwwzapalne.

Nakoniec dłuższe, kilkugodzinne naświetlanie, osłabiając znacznie żywotność czynników chorobotwórczych, przyczynia się bezwzględnie do zwalczania infekcji.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

A. KIRSTNER, M. GORINSTEIN, M. RUDOLJ I S. SCHUTTE
O wpływie promieni podczerwonych na wydzielniczą i ruchową czynność żołądka. (Klin. Med. Nr. 11-12 1932).

W przypadkach z niedostatecznym wydzielaniem w większości przypadków otrzymuje się pod wpływem promieni podczerwonych dwukrotne zwiększenie się wydzielania w porównaniu z liczbami wyjściowymi. W przypadkach o normalnym wydzielaniu żołądkowym otrzymuje się wahania wydzielania w jedną lub drugą stronę przeciętnie w jednakowym stopniu. W przypadkach z nadmiernym wydzielaniem stwierdzano w większości przypadków bardzo znaczne obniżenie się wydzielania, dochodzące w pewnych przypadkach do liczb o połowę mniejszych od wyjściowych (przed doświadczeniem), co potwierdza nieswoistość działania ciepła, ujawniającego w każdym poszczególnym przypadku swoje działanie wybiórcze (F e l d m a n). Z badań nad wpływem promieni podczerwonych na czynność ruchową żołądka wynika, że w przypadkach z osłabioną i normalną czynnością ruchową żołądka następuje zarówno przyspieszenie wydalania ogólnego, jak i wydalania śniadania. W przypadkach ze wzmożoną czynnością ruchową żołądka spostrzega się pod wpływem promieni podczerwonych skłonność do zwolnienia zarówno wydalania ogólnego, jak i wydalania śniadania. Zatem ciepłe promienie podczerwone wywierają znaczny wpływ na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka, przyczem działanie tego czynnika zależy głównie od stanu wydzielniczej i ruchowej czynności żołądka.

Henryk J. L a n d a u.

H. PAILLARD. **O niektórych związkach czynnościowych między sercem a płucami.** (Le Journ. Med. Fr. Nr. 2 luty 1933).

Arytmia oddechowa cechuje się zmniejszeniem ciśnienia tętniczego i przyspieszeniem tętna w czasie wdechu, a zwiększeniem ciśnienia i zwolnieniem tętna w czasie wydechu. Objawy te nie występują u osób z miażdżycą tętnic i w stanach hiposystolji. Kaszel u osobnika normalnego nie wpływa na rytm sercowy, wywołuje jedynie nagle odczyny hipertensyjne lub hipotensyjne. Próba V a l s a l v y, której opis znajduje się w podręcznikach fizjologii, może być, zdaniem autora, bardzo pożyteczna w klinice. Służby może do badania zastojów w żyłach serca, napięcia *myocardium* i bólów głowy, wywołanych wysiłkiem, na które ostatnio zwracał uwagę T i n e l. Wpływ głębokich oddechów na ciśnienie tętnicze może być wykorzystane w celach leczniczych. Pacjentom z nadciśnieniem autor zaleca gimnastykę oddechową z przestrzeganiem następujących wskazówek — zachowanie pozycji stojącej lub siedzącej, dowolnie głębokie wdechy, które obniżają ciśnienie, natomiast zabronione są głębokie wydechy, wzmagające ciśnienie.

H. S z p i d b a u m.

Z. KAMINSKAJA. **Pewne dane, dotyczące unerwienia tęczówki.** (Arch. Off. t. VIII, z. 9-10).

Doświadczenia na tęczówce, odosobnionej od ośrodków, wykazały, że dla pewnych odczynów narządu mięśniowego tęczówki związek jej z ośrodkami nerwowymi nie jest niezbędny; tęczówka, oddzielona w ten lub inny sposób od tych ośrodków, zachowuje się tak samo, jak wtedy, gdy związek z ośrodkami był utrzymany. Odwrotnie, nawet w pewnych przypadkach tęczówka oka, którego związek z ośrodkami został przerwany, wykazywała większą aktywność życiową, aniżeli tęczówka, będąca w normalnych warunkach.

L. J.

Choroby narządów trawienia.

K. GLÄSSNER. **Nowsze drogi leczenia wrzodu żołądka dwunastniczy.** (Wien. kl. Woch. Nr. 38/1933).

Autor wspomina o tak zwanym odżywianiu przez jelita czeze za pomocą zgłębnika dwunastniczego, wprowadzonego na 130 cm. głębokości, które stosuje jedynie w najcięższych przypadkach. Proteinoterapia i przetaczania krwi dają tylko przemijające wyniki. Tak samo głębokie leczenie promieniami R o e n t g e n a może się poszczycić tylko przelotnymi wynikami: ze względu jednak na to, że następstw jego obecnie jeszcze przewidzieć nie można, autor odrzuca je. Natomiast gorąco zaleca wprowadzone przez siebie leczenie zastrzykiwaniami pepsyny, które w 70% przypadków usuwa całkowicie dolegliwości. Na kurację składa się 30 zastrzykiwań, które robi się codziennie lub co drugi dzień we wzrastających i zmniejszających się dawkach najlepiej wśródmięśniowo. Kuracje takie powtarza się dwa razy do roku w ciągu 2 — 3 lat. Obok tego stosuje się dietę bogatą w tłuszcze i jarzyny, uboższą zaś w mięso i węglowodany, jaja i mleko podaje się w dużych ilościach. Jednocześnie należy podawać bizmut i magnezję po jedzeniu, oliwę zaś przed niem.

A. N e u m a n n (Baden - Hohenenthal).

G. KATSCH i K. MELLINGHOFF. **Djeta bezchlorowa usuwanie soku żołądkowego we wrzodzie i nieżyłce żołądka.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 5).

Metoda autorów opiera się na fakcie, że, aczkolwiek osiągnięte w doświadczeniach na zwierzętach zapomocą ścisłego ograniczania podawania soli zahamowanie wydzielania żołądkowego daje się praktycznie osiągnąć u człowieka tylko z wielkim trudem, to jednak wielu autorów uważa często empirycznie za pożyteczne w przypadkach nadkwasności żołądka ścisłe ograniczenie podawania soli kuchennej. Usuwanie soku żołądkowego stanowi niewątpliwie najsilniejszy środek do obniżania poziomu chloru we krwi i zahamowania wydzielania żołądkowego. Ostatnio podkreślane bywa przeciwwapalne działanie ścisłej diety bezsolnej. Przy ścisłej bezsolnej diecie wydala pacjent w ciągu 2 — 4 dni pewną ilość soli kuchennej. Ilość ta pozostaje w pewnej zależności od zawartości soli kuchennej w diecie poprzedzającego okresu i w przeciętnych

stosunkach wynosi 10 — 20 gr. Na Cl. Dopiero po usunięciu tych łatwych do wypłukania chlorków zaczynają autorzy stosować energiczniejszy środek usuwania soku żołądkowego. Do usuwania jego używa się cienkiego zgłębnika, który pierwszego dnia pozostawia się na jak najdłuższy czas. Większość chorych znosi ten zabieg w ciągu 8 — 10 godzin. W ciągu następnych 2 lub 3 dni zakłada się zgłębnik również na długi czas, 5 — 4 godzin. W ten sposób już w ciągu kilku dni osiąga się silne działanie. W dalszym przebiegu usuwa się dziennie po 200 — 300 cm³ soku żołądkowego. Wielu chorych uczy się samemu wprowadzać zgłębnik i odciągać sok żołądkowy strzykawką 20 centymetrową w odstępach czasu od 5 do 10 minut. Stopniowo przeprowadza się zabieg usuwania soku żołądkowego co drugi lub trzeci dzień, w późniejszych tygodniach tylko 1 — 2 razy tygodniowo. Celem zmniejszenia zapasów chloru w ustroju stosują autorzy również zastrzykiwania salyrganu. Scisłą i skuteczną kurację w znaczeniu autorów można naogół przeprowadzić tylko w szpitalu. W złagodzonej postaci jako namiastka lub dalszy ciąg leczenia szpitalnego jest jednak możliwa ambulatoryjnie pod warunkiem dokładnej znajomości techniki bezsolnej diety. Pomimo, że w działaniu tej metody leczniczej pewne rzeczy wymagają jeszcze wyjaśnienia zapomocą dalszych doświadczeń i analizy działania, można ją już obecnie zalecić do stosowania w pewnych przypadkach. Uzyskano w niej nowe narzędzie lecznicze, co nie oznacza bynajmniej tego, że musi ona wyprzeć wszystkie inne metody dotychczasowe. Wszystkie nagle wskazania chirurgiczne pozostają oczywiście bez zmiany. Wartość diety oszczędzającej w odniesieniu do trawienia żołądkowego, wartość leczenia atropinowego oraz gorących kataplazmów pozostaje niezmieniona. Bez wątpienia wielu żołądkowych chorych można będzie skutecznie leczyć nadal według starych cennych metod. W pewnych cięższych przypadkach metoda odciągania jest zbyt kłopotliwa i uciążliwa. Jednakże w porównaniu z szybkością i trwałością działania ta uciążliwość jest nieznaczna. Metodę odciągania soku żołądkowego i usuwania soli z diety można łączyć z innymi metodami leczniczymi, nie zawsze bywają również niezbędne zastrzykiwania salyrganu. Autorzy przeprowadzali swą dietę „bezsolną” (pokarmy przygotowuje się bez dodatku soli kuchennej, zaś surowce należy tak dobrać, żeby zawartość soli nie przekraczała dziennie 1,2 gr) u 55 chorych z wrzodem żołądka i u 15 z nieżytem żołądka. Pozatem odciągano u nich sok żołądkowy zapomocą założonego na kilka godzin zgłębnika zrazu codziennie, potem w coraz większych odstępach czasu. Celem wypłukiwania soli robiono również zastrzykiwania salyrganu. Działanie objawowe okazywało się bezpośrednio pomyślne. Następowala kliniczna utrzymująca się poprawa. Była ona najbardziej uderzająca u chorych z silnym nadmiernym wydzielaniem, zaś osiągnęto ją wielokrotnie również w takich przypadkach, które były odporne na zwykłe kliniczne metody leczenia. Metoda ta jest szczególnie wskazana w przypadkach z nadmiernym wydzielaniem oraz w przypadkach „opornych”. Przeciwwskazanie do niej stanowią znaczne zwiększenia odżywienia z uporeczywymi wymiotami lub pozatem dająca się wykazać hipochloremją. Podczas leczenia chorzy tracą znaczne ilości soli kuchennej ze swych tkanek. Wydzielanie żołądkowe ulega zahamowaniu bardzo wyraźnemu w stosunku do ilości soku, mniej w stosunku do stężenia kwasowego i ogólnej zawartości chloru w soku żołądkowym.

Henryk J. L a n d a u.

Ch. B. CHAPMAN, A. M. SNELL, L. G. ROWNTREE.
Marskość wątroby w okresie wydolności. (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 100, Nr. 22-1933).

Autorzy zwracają uwagę na możliwość wczesnego rozpoznania marskości wątroby, aby uchronić ustrój od czynników, powodujących uszkodzenie miąższu wątrobowego. Praca poświęcona jest wczesnemu rozpoznaniu marskości w szerszym

znaczeniu: obejmuje wszelkie typy przewlekłych zmian zwyrodnieniowych lub zapalnych miąższu wątroby, gdyż t. zw. marskość zanikowa z puchliną wodną stanowi, zdaniem autorów, wspólny stan końcowy różnych spraw chorobowych. Materiał obejmuje 38 przypadków; rozpoznanie oparte jest na zasadzie powiększenia wątroby, czynnościowego badania wątroby, powiększenia śledziony i etjologii. Skargi chorych przeważnie odnosiły się do wzrastającej astenji, objawów żołądkowo-jelitowych; w 16 przypadkach jako pierwszy objaw wystąpiły krwawienia żołądkowo-jelitowe. W 4 przypadkach nie stwierdzono powiększenia wątroby, natomiast zanotowano b. dużą śledzionę; zabieg chirurgiczny, polegający na wycięciu śledziony, pozwolił jednocześnie stwierdzić zanikową marskość wątroby. Jednym z wczesnych objawów, wskazujących na zbliżający się okres niewydolności marskiej wątroby, są obrzęki kończyn dolnych.

Jakób P e n s o n.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

W. KRAINZ i F. J. LANG. **W kwestji rozpoznania przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych.** (Monatsschrift f. Ohrenh., 1933, z. 9).

Autorzy obserwowali 400 przypadków t. zw. przewlekłego zapalenia migdałków i skrupulatnie notowali wszystkie objawy i skargi. W 325 przypadkach można było przy badaniu niszy migdałkowej zzewnątrz (przy spuszczonej i trochę na bok odwróconej głowie) ustalić wyraźną wrażliwość na dotyk. Prawie zawsze jednocześnie z wrażliwością można było skonstatować stwardnienie powrózkowate lub płaskie wzdłuż niszy migdałkowej. W 15 przypadkach przehyta sprawa stawała się powiązać z migdałkami tylko na podstawie danych anamnestycznych, w pozostałych zaś 60 przypadkach ani anamneza, ani jakiegokolwiek objawy miejscowe nie mogły dostatecznie uzasadnić przypuszczalnej zależności cierpienia ogólnego od migdałków. Na podstawie powyższego autorzy zaczęli uważać stwardnienie i wrażliwość na dotyk za główny objaw przewlekłego zapalenia migdałków i uzależniali od niego wskazanie do ich wyluszczenia. Z drugiej strony, kierując się tym objawem, znajdowali oni coraz mniej t. zw. wątpliwych przypadków przewlekłego zapalenia migdałków, i rozpoznanie tego cierpienia uzyskało pewniejszą podstawę. Badanie histologiczne 50 migdałków (od 25 osobników, dotkniętych powyższym objawem) wykryło obraz przewlekłego zapalenia tkanki limfatycznej, który był opisany przez Dietricha, Hellmanna, Hoepckego i w. inn. Autorzy jednak wątpią, czy obraz ten może być bez zastrzeżeń utożsamiony z pojęciem klinicznym przewlekłego zapalenia migdałków, i zwrócili główną uwagę na zmiany w otoczce migdałków. W obrazie histologicznym otoczka wszystkich zbadanych migdałków jest rozszerzona czyli zgrubiała i przetkana włóknami klejorodnymi, w wielu przypadkach nosi charakter zgrubienia modelowego lub przekształcenia ścięgnistego, zwłaszcza w miejscach, gdzie od otoczki odchodzą przegródki łącznotkankowe, które również są rozszerzone i zawierają zgrubienia modelowe i wykrzywienia bliznowate. W licznie rozsiągniętych naczyniach widać wszędzie nabrzmienie śródbłonna, naokoło małych tętniczek tkankę zgrubiałą, w większych — poduszkowate zgrubienia błony wewnętrznej. Żyły są przepelnione krwią, często bardzo rozszerzone, zawierają liczne leukocyty przyściennie, wędrujące nieraz przez ścianę naczyń. W miejscach łączenia się otoczki z przegródkami łącznotkankowymi żyły są często zwinięte w kłębek i na skrawku kilkakrotnie przecięte, miejscami zaś są zniszczone wskutek spraw zakrzepowych, miejscami zawierają zgrubienia i napęcznienia ścian. Naczynia chłonne są bardzo rozszerzone i przepelnione limfocytami i dają nieraz obraz prawdziwej limfangiektazji. Między włóknami otoczki są rozsiane wysypki komórek plazmatycznych i obok nich skupienia komórek okrągłych, które

w zgrubieniach modelowych otoczki i przegródek są jakby ściśnięte i przyjmują postać włócznieciową (H o e p c k e), przystosowując się poniekąd do powiększonego ciśnienia wewnątrztkankowego. Otoczka wszystkich zbadanych migdałków zawiera włókna mięśniowe, które sięgały aż do tkanki limfatycznej i przegródek łącznotkankowych, będąc otoczone komórkami plazmatycznymi i włócznieciowymi a także zrazikami tłuszczowymi. Granica między otoczką limfatyczną jest zatarta przez blizny modelowe i ogniska zwyrodnienia szklatego, przez które przechodzą liczne naczynia krwionośne i włókna nerwowe, otoczone komórkami okrągłymi, plazmatycznymi i eozynochłonnymi. Część włókien mięśniowych również uległa zwyrodnieniu szklystemu i daje obraz stanu zapalnego. Opisywane zmiany histologiczne w zupełności tłómaczą wrażliwość niszy migdałkowej na dotyk, wyczuwane zaś stwardnienie pod kątem żuchwy tłómaczy się zgrubieniem modelowatym otoczki i obecnością zapalnych włókien mięśniowych w samej otoczce i przegródkach łącznotkankowych. Zatarcie granicy tkanki limfatycznej, zgrubienie otoczki, obfitość naczyń krwionośnych i chłonnych i obecność komórek zapalnych — wszystko to przemawia za tem, że stan zapalny przeszedł daleko poza granice właściwej tkanki limfatycznej. Nietylko cała tkanka łączna otoczki, lecz i pojedyncze włókna mięśniowe zostały objęte tym stanem zapalnym. Obecność komórek plazmatycznych, kłębków naczyniowych i zrazików tłuszczowych naokoło tych włókien wskazuje jednak na to, że mięśnie pomimo stanu zapalnego nie straciły czynności skurczowej i że otoczka prawdopodobnie zachowała pewną zdolność ruchową. Autorzy wiążą tę zdolność otoczki z czynnością mięśni gardła i podniebienia, które, kurcząc się, wypychają migdałek do środka, rozszerzają jego powierzchnię mezofaryngealną, otwierają przytem jego dolki i wyciskają ich zawartość. Ponieważ tak się dzieje przy każdym ruchu polykowym, to autorzy przypuszczają, że misterny spłot włókien mięśniowych w zewnętrznej ścianie migdałka stoi w związku z ogólną jego czynnością. Poza powyższymi badaniami histologicznymi autorzy zbadali jeszcze szereg migdałków, wyluszczonej u osobników, u których nigdy nie stwierdzono ani stwardnienia pod kątem żuchwy, ani wrażliwości na dotyk, pomimo często powtarzającego się zapalenia migdałków. W przypadkach tych powyżej opisanych zmian w otoczkach nie znaleziono. Autorzy uważają podkreślony przez siebie objaw za absolutne wskazanie do usunięcia migdałków. Nie oznacza to bynajmniej, że w braku tego objawu nie należy usuwać migdałków. Należy wszak brać w rachubę i inne objawy, zwykle spotykane w przewlekłych sprawach migdałkowych. Ale autorom się zdaje, że przy należytem uwzględnieniu wskazanego przez nich objawu liczba tak zw. wątpliwych przypadków przewlekłego zapalenia migdałków znacznie się zmniejszy. [Powyżej streszczona praca po raz pierwszy podaje obraz drobnowidowy chorej otoczki migdałkowej i jest poniekąd potwierdzeniem wyników pracy B. C h o r a ż y c k i e g o (Przyczynek do mechaniki i topografii migdałków podniebiennych, Warsz. Czasop. Lek. 1929, Nr. 36), w której poruszona jest między innemi i patologia otoczki w związku z ropniami podotoczkowymi. C h o r a ż y c k i ściśle ustalił granice otoczki, której istnienie jeszcze przed paru laty negowali tacy badacze, jak G ü t t i c h, F i n d e r i inni; zwrócił uwagę na znaczne zgrubienie otoczki w przypadkach chorobowych, zwłaszcza w t. zw. ropniach podotoczkowych; podkreślił stosunek otoczki do luźnej tkanki okółmigdałkowej i wewnętrznej powięzi gardła i wskazał też na wysunięty przez autorów objaw bólu i obrzęku w bocznej ścianie gardła. Dużo miejsca poświęca C o r a ż y c k i ciśnieniu wewnątrzmigdałkowemu, i przypuszczenia jego znajdują potwierdzenie w obrazach histologicznych K r a i n z a i L a n g a (komórki włócznieciowe!). Ale ciekawe jest, że

autorzy ci nawet nie wspominają o jego pracy, pomimo to, że w języku niemieckim wydrukowana była w temże czasopiśmie (Monatsschrift f. Ohrenh. 1929). (Przyp. ref.)]. M. W.

V. TAUTURRI. **O posocznicy poanginowej.** (Wien. med. Wochr. Nr. 35 1933).

Wczesne rozpoznawanie posocznicy poanginowej jest bezwzględnie konieczne wobec nagłości występowania i ciężkości choroby; zależy to głównie od lekarzy - praktyków. Wczesny zabieg stanowi jedyny sposób poprawienia rokowania, w przeciwnym razie jest ono z powodu powikłań niepomyślne. Jeżeli operuje się wczesnie, należy wykonać otwarcie przestrzeni okołogardłowej (*spatium parapharyngeum*) i skontrolować żyły, które są jeszcze w tym czasie wolne; zakrzepowe zapalenie żył występuje dopiero później, nasuwa ono konieczność nałożenia podwiązki. Jako środek pomocniczy stosować należy leczenie ogólne. Dzisiejsze wiadomości nasze o patogenetycznym mechanizmie posocznicy przywiązują duże znaczenie do odczynów tkankowych układu siateczkowo-śródbłonkowego; w tem znaczeniu stomoterapija, która należy do typu leczenia bodźcowego i aktywacji zarodzi.

Henryk J. L a n d a u.

F. MOSSBOCK. **Leczenie przewlekłych ropień ucha środkowego chlorem.** (Wien. kl. Woch. Nr. 3 1933).

Jak wynika z doświadczeń autora, leczenie gazowym chlorem wydaje się o wiele skuteczniejsze, niż wiele zachowawczych metod leczenia przewlekłych niepowikłanych ropień ucha środkowego. Silne własności bakterjobójcze chloru w związku ze zdolnościami ekspansywnymi ciała gazowego umożliwiają rozległe odkażanie nawet najdrobniejszych uchyłków błony śluzowej. Gaz doprowadza się z małego szklanego gazomierza.

A. N e u m a n n (Baden-Wien.).

Choroby kobiet i położnictwo.

P. E. MORHARDT. **Przeciwwskazanie do histero-salpingografii.** (Gyn. et obst. Nr. 1. T. XXVII. 1933).

Autor rozróżnia przeciwwskazania: chemotoksyczne, mechaniczne i infekcyjne. Żadne z nich nie jest wprawdzie śmiertelne, jednakże wszystkie niebezpieczeństwa trzeba brać pod uwagę. Lipjodol 40% (z *ol. olivarum*) jest lepiej tolerowany, niż inne preparaty. Ilość oliwy gra rolę, gdyż większa ilość może tworzyć nawet guzy, które bardzo powoli się rezorbują. Po iniekcji do otrzewnej nie powinno się przedostać więcej niż 2 — 3 cm.³. Jod rezorbuje się bardzo prędko, przypadki jodyzmu są bardzo rzadkie. Z mechanicznych przyczyn zaobserwowano pęknięcie jajowodów lub zrostów. Embolie tłuszczowe są rzadkie i nie bywają zawsze niebezpieczne. Uniknąć ich można, nie podnosząc ciśnienia ponad 200 — 250 mm. Hg. Jest opisany jedyny przypadek śmiertelnego zapalenia otrzewy po iniekcji. Bywają dość często zaostrenia procesów infekcyjnych w jajowodach, które wymagają w następstwie kilkutygodniowego leczenia. Tych komplikacji nie można zawsze z pewnością uniknąć. Trzeba tylko mieć się na ostrożności i nie robić iniekcji zaraz po menstruacji, czekać, ażeby wszystkie objawy zapalne wygasły, żeby różne wysieki znikły, bóle ustały i upławy były przezroczyste i nieobfite. Co do funkcjonalnych przeciwwskazań, to autor po kilku iniekcjach u jednej kobiety nigdy nie zauważył żadnych zmian w jajowodach lub macicy, jak zrosty lub zanknięcia jajowodów. W konkluzji autor przychodzi do wniosku, że metoda ta jest wysmienita i przy zachowaniu pewnych ostrożności nie wywołuje żadnych poważniejszych powikłań.

L. E b i n.

Claude BECLÈRE. **Kurcz zewnętrznego ujścia szwy macicznej.** (Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 2. 1933).

Istnienie takiego kurczu nie ulega wątpliwości. Autorzy

jednakże dyskutują co do jego częstości i znaczenia. Obecnie za pomocą histerografii autor przestudjował obiektywnie ten proces i przyszedł do bardzo ważnych praktycznych wniosków. Po zastrzyknięciu lipjodolu zdarza się czasami, że płyn kontrastowy nie chce przejść do macicy pomimo ciśnienia do $\frac{1}{2}$ atmosfery, i trzeba zgłębnikiem przeforsować ujście zewnętrzne szyi. Gdy zaś chora otrzymała przed zabiegiem belladonę lub inne lekarstwo przeciwkurczowe, płyn kontrastowy przechodzi zupełnie lekko do macicy, i ujście zewnętrzne szyi jest zupełnie rozwarłe, jak to wykazuje dołączona fotografia. Te doświadczenia pozwalają nam lepiej zrozumieć, jaką rolę odgrywa kurcz zewnętrzny ujścia szyi macicznej w „*dysmenorrhé congénitale spasmodique*” i w bezpłodności. W miesiączkowaniu bolesnem objawy kliniczne są zupełnie zgodne z kurczem macicy wywołanym pierwszymi kroplami krwi menstruacyjnej, które uspakajają się po kilku godzinach. Po zażyciu belladony bóle zaraz ustępują. To miesiączkowanie bolesne zupełnie przechodzi po rozszerzeniu szyi lub po porodzie. W bezpłodności kurcz ten gra napewno ważną rolę. W tyłozgięciu macicy kurcz ten gra też wielką rolę w sprawie bezpłodności właśnie z powodu kurczu zewnętrznego ujścia szyi, które ono wzbudza. Autor myśli, że kurcz ten jest jedyną przyczyną bezpłodności pochodzenia macicznego, gdyż inne są pochodzenia trąbkowego.

L. E b i n.

M. G. SERDUKOFF. **Transplantacja endometrium (śluzówki jamy macicznej) w braku miesiączki, niepłodności i w przedwczesnem przekwitaniu.** (Gyn. et obst. Nr. 1. T. XXVII. 1933).

Dokładnie rola śluzówki jamy macicznej nie jest dotychczas wszechstronnie wyświetlona. Jedno nie ulega jednak wątpliwości, że jest to organ wydzielania zewnętrznego i wewnętrznego. Wszystkie objawy kliniczne u chorych po wycięciu macicy każą przypuszczać, że śluzówka macicy gra dużą rolę jako organ wydzielania wewnętrznego. Prawdopodobnie wkrótce znajdziemy w samej śluzówce substancje specyficzne, które pozwolą bez dyskusji zaliczyć ją do gruczołów dokrewnych. Tymczasem wiemy, że: 1° *endometrium* jest miejscem, gdzie się odbywają wszystkie stadia menstruacji; 2° najaktywniejszem miejscem macicy jest śluzówka, która współpracuje ze wszystkimi gruczołami dokrewnymi; 3° bez *endometrium*, ew. w razie jego zaniku menstruacja nie może mieć miejsca; 4° gruczoły śluzówki, jak i inne komórki posiadają substancje lipidowe, które są tam wyrabiane; 5° śluzówka tworzy fermenty, jak trombokinazę, glikogen, ferment tryptyczny i inne. Brak lub zwiększenie ilości tych fermentów wywołuje różne postacie meno- i metroragii. Wobec tak ważnej funkcji śluzówki macicznej autor znajduje usprawiedliwienie dla swojej metody operacyjnej wszczepienia świeżej śluzówki do macicy. Wskazania do tego przeszczepienia są zupełnie zrozumiałe: *amenorrhoea* i bezpłodność, spowodowana zanikiem lub brakiem śluzówki. Wypadki takie zdążają się po infekcyjnych zapaleniach, po porodzie lub poronieniu i przedewszystkiem przez „*metritis dissecans*”. Śluzówka zanika czasem po silnem skrobaniu lub po długim przypalaniu. Przy wtórnym zaniku śluzówki po kastracji lub przy przedwczesnem przekwitaniu przeszczepienie śluzówki może być przeprowadzone tylko wraz z transplantacją jajników. Przeciwwskazaniem do przeszczepień może być tylko zapalenie macicy lub przydatków. Przytaczając kilka obserwacji chorych autor za pomocą swej techniki, którą opisuje dokładnie, przechodzi do wniosku, że operacja transplantacji śluzówki macicy, która posiada dużą żywotność, daje realne korzyści. Stwierdzamy rekonstrukcję fundamentalnych funkcji kobiety i odmładzanie całego jej organizmu.

L. E b i n.

Choroby dzieci.

A. J. STRUKOW. **Przyczynek do patogenyzy zapalenia płuc u dzieci.** (Monatsschr. f. Kindhik. 57, z. 2 1933).

Na zasadzie badań klinicznych i histopatologicznych, dotyczących się zapaleń płuc w wieku dziecięcym, autor dochodzi do następujących wniosków: 1. W mechanizmie powstawania i rozwoju zapalenia płuc u dzieci, obok czynników immuno-biologicznych, niepoślednią rolę odgrywa również i budowa histologiczna dziecięcego płuca, a głównie szczególne właściwości jego krążenia chłonnego. 2. Zajęcie gruczołów węzkowych oraz tkanki przywnekowej występuje jako objaw stały we wszystkich postaciach zapaleń płuc u dzieci. 3. W miejscu zajęcia tkanki okołoskrzelowej i wnęki występują zaburzenia w układzie chłonnym, polegające na znacznym zastojach chłonki oraz zapaleniu dróg limfatycznych w tkance międzyzrazikowej i międzypęcherzykowej. 4. Jako najczęstsze, pierwotne objawy przy ogniskowym zapaleniu płuc u dzieci stwierdza się histologicznie: zajęcie dróg oskrzelowych w postaci zapalenia oskrzelików i tkanki okołoskrzelowej, zastój chłonki i zapalenie dróg chłonnych, przejście procesu zapalnego na tkankę międzyzrazikową i wnękę, zatrzymanie normalnego prądu chłonki oraz zajęcie innych odcinków płucnych na drodze wstecznej limfopochodnej. 5. Rozszerzanie się procesu infekcyjnego w płatowych zapaleniach płuc odbywa się na tej drodze co i w zapaleniach płuc zrazikowych, lecz charakter płatowy schorzenia jest warunkowany własnościami immunobiologicznymi zaatakowanego ustroju i tkanki płucnej. 6. We wszystkich postaciach zapaleń płuc u dzieci spostrzega się bardzo często zajęcia opłucny na drodze limfopochodnej wskutek wstecznego prądu chłonki zakażonej.

A. P i l t z.

RIBADEAU, DAUDET i RAULT. **Rozstrzenie oskrzeli w młodym wieku. Torbiele powietrzne.** (Paris Medical Nr. 45, 5.XI. 1932).

Naogół rozróżnia się dwa procesy, prowadzące do wytworzenia rozstrzenia oskrzeli: pierwszy jest to proces nowotworzenia, rodzaj pączkowania, który odnajdujemy w rozstrzeniach wrodzonych i w postaciach ampularnych u dorosłych; drugi jest to proces zniszczenia — uszkodzenie pozapalne budowy oskrzeli, które wskutek wysiłków kaszlowych prowadzi do rozstrzenia cylindrycznych (H u t i n e l). Należy odróżnić rozstrzenie wrodzone i nabyte. Pierwsze spostrzega się u płodu, u noworodków; cechują się one (jeżeli dziecko oddychało) wielkimi jamami, które tworzą torbiele powietrzne. Znaczenie kliniczne tych torbieli polega na tem, że symulują one oddech. Po omówieniu danych anatomopatologicznych autorzy przechodzą do opisu objawów klinicznych, opierając się przytem na własnych spostrzeżeniach. Zazwyczaj śmierć następuje w ciągu pierwszych kilku dni u dzieci z wrodzonymi rozstrzeniami oskrzeli. W nielicznych przypadkach pozostania przy życiu objawy mogą wystąpić dość późno (kilka do kilkunastu lat). Dusznosc jest dominującym objawem; towarzyszy jej sinica. Dane fizykalne są takie same, jak przy odmie: wypukłobębunkowy, zniesienie szmeru pęcherzykowego, drżenia głosowego, przemieszczenia śródpiersia. Rozpoznanie nastąpić może na podstawie zdjęcia rentgenowskiego, które nie wykazuje jak w wypadku odmę kikutu tkanki płucnej obkurczonej dokoła wnęki, a następnie plama jasna (torbieli) zawarta jest w tkance płucnej i od niej linjowo odcięta. Leczenie (w razie duszności) polega na aspiracji cienką igielką powietrza z torbieli — jest to leczenie paljatywne, lecz jedyne, mające wpływ na torbiele, w których powietrze wydaje się być pod bardzo wysokiem ciśnieniem.

H. S z p i d b a u m.

NELKEN. Leczenie moczenia u dzieci. (D. m. W. Nr. 52 1932).

Większość dzieci, przewijających się przez gabinety lekarskie z moczeniem nocnym, dotyczy dzieci nerwowych, które w nocy mówią, pokrzykują, zgrzytają zębami, mają gwałtowne sny. Sugestia w tych przypadkach nie pomaga, również elektroterapia nie daje wyników. Budzenie w nocy wprawdzie często powstrzymuje moczenie, ale jednocześnie przerywa nocny wypoczynek niezbędny dla prawidłowego rozwoju. Ze względu na podniecenie nerwowe tych dzieci autor wypróbował działanie środków uspakajających. Podawanie bromu było bez skutku. Chlorek wapnia w dużych dawkach usuwał moczenie już po 2 tygodniach, przytem dzieci spały spokojnie, nie zgrzytały zębami, przytywały na wadze. (Rp. *Calcium chloratum cristall.* 50 gr. *Gummi arabici* 5 g. *Aqua ad* 100 gr. z tego 3 razy dziennie po ½ łyżeczki od herbaty z sokiem owocowym przed jedzeniem). Przy przeziębieniu moczenie wracało; być może należy to odnieść do wzmoczonego parcia i pollakisurji, występujących przy przeziębieniu. Dla otrzymania efektu stałego wskazane jest podawanie tego środka przez czas dłuższy.

Wanda L u x e n b u r g o w a.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

A. DESAUX i Ch. O. GUILLAUMIN. Przyczynę do badań nad zaburzeniami wewnątrzwydzielniczymi w przebiegu łojotoku i trądzika. (Bull. de la Soc. Franç. de Derm. Nr. 9 1932).

Naogół wzięwszy, badanie interferometryczne metodą H i r s c h a ujawnia zaburzenia gruczołów płciowych, których istnienie podejrzewała klinika. Klinicyści stwierdzają występowanie trądzika w okresie dojrzewania płciowego, jego współistnienie z brakiem, miesiączki lub obojętnością płciową, znikanie w chwili małżeństwa, lub z powrotem miesiączki do normy. Metoda H i r s c h a wykazuje niedomogę gruczołów płciowych. We wszystkich badanych przypadkach czynność zaczynowa surowicy w stosunku do opyzmu płciowego była zwiększona, często bardzo nawet znacznie. Pod wpływem opoterapii występowała poprawa grudek trądzikowych lub ich znikanie jednocześnie ze stawaniem się miesiączki prawidłową. Ten, kto zna zależność, istniejącą pomiędzy przysadką mózgową a jajnikami, nie będzie zdziwiony faktem, że badanie interferometryczne wykazało zaburzenia przysadkowe, towarzyszące niedomodze gruczołów płciowych: wzmoczenie czynności zaczynowej surowicy w stosunku do opyzmu całej przysadki mózgowej w 2 przypadkach, osłabienie zaś w 3 przypadkach. Która z tych wydzielin przysadki była zwiększona, która zaś zmniejszona, nie mogą autorzy odpowiedzieć, gdyż autorzy używali opyzmu całej przysadki mózgowej. W jednym tylko przypadku stwierdzono nadmierne wydzielanie gruczołu tarczowego. W jednym przypadku czynność zaczynowa surowicy w stosunku do opyzmu tarczowego była zwiększona. W przypadku tym jednocześnie podawanie preparatów tarczycy i jajników spowodowało unormowanie miesiączki i ustąpienie trądzika. Na szczególną wzmiankę zasługują dwa spostrzeżenia, w których badanie interferometryczne wykazało jako dominujący czynnik wewnątrzwydzielniczy nadmierne wydzielanie grasicy oraz nadmierne wydzielanie nadnerczy. U tych dwóch chorych naświetlanie gruczołów wewnątrzwydzielniczych spowodowało poprawę stanu ogólnego, ustąpienie pewnych chorobowych objawów klinicznych, lecz pozostało bez wpływu na skórę. W jednym przypadku trądzika ze skłonnością do zmian kełoidowych stwierdzono nadczynność gruczołów przytarczycznych. Jakże jest pochodzenie stwierdzonych zmian wewnątrzwydzielniczych? W kilku przypadkach wywiady rodzinne,

pewne objawy kliniczne (szczególnie zmiany zębowe), badania serologiczne każą przypuszczać dziedziczność kilową.

L. H.

A. TZANCK i M. CORD. Rumienie wielopostaciowe. (Ann. de Derm. et Syph. Nr. 12/1932).

Autorzy przypuszczają, że niepewność, która panuje w poglądach na zagadnienie charakteru rumieni wielopostaciowych, pochodzi stąd, że niesłusznie łączy się pod tą nazwą dwa różne co do swej istoty schorzenia: 1) chorobę zakaźną, w której rolę czynnika chorobotwórczego odgrywa albo jakiś nieznany dotąd zarazek, albo, być może, mogą ją grać rozmaite znane zarazki; 2) odczyn nietolerancji czynników najbardziej różnorodnych. Pomimo prawie zupełnej tożsamości przedmiotowej, pewne cechy kliniczne, w szczególności zaś świąd, pozwalają różniczkować te dwa schorzenia. To różniczkowanie posiada znaczenie nie tylko teoretyczne, lecz również praktyczne pod tym względem, że służy ono jako wskazówka przy stawianiu rokowania i wskazań do leczenia.

L.

PILLON. Przypadek ponownego zakażenia kilowego. (Bull. de la Soc. Franç. de Derm. Nr. 9/1932).

W przypadku opisywanym miało się do czynienia ze spostrzeżeniem ponownego zakażenia, mającem znaczenie doświadczenia na zwierzętach: niewątpliwy przymiot od dwóch lat, ponowne zakażenie w znanym źródle i pojawienie się szankra po 5-tygodniowym okresie wylegania. Ponadto przypadek ten, oporny podczas pierwszego zakażenia na leczenie preparatami arsenowemi, stanowi dowód niewątpliwej wartości leczniczej preparatów bizmutowych, co zasługuje na podkreślenie w chwili, gdy wiemy, że preparaty arsenobenzolowe powodują tak często rozmaite nieprzyjemności.

L. H.

M. TOURAINE, SOLENTE i E. LORTAT-JACOB. Kilaki powracające, przypominające szankier (nadkażenia!). (Bull. de la Soc. Franç. de Derm. Nr. 9/1932).

Autorzy podają opis przypadku, dotyczącego chorego, który zaraził się przymiotem w r. 1895, wykazywał czynne zmiany trzeciorzędowe podczas wojny, a który rozpoczął w r. 1920 serję zmian, przypominających szankier, powtarzających się w r. 1931 i dwukrotnie w r. 1932. W r. 1920 odczyn W a s s e r m a n n a był dodatni, od tego czasu jednak próby wypadły stale ujemnie, również podczas nawrotów. W kwietniu 1931 r. nadżerkę można było uważać za nadkażenie (*superinfectio*), gdyż, aczkolwiek odczyn serologiczne wypadły ujemnie, zawierała ona dużo krętków, towarzyszyło zaś jej wyraźne powiększenie gruczołów pachwinowych. W lutym 1932 r. gruczoły pachwinowe nie były powiększone, w październiku zaś 1932 r. tylko nieznacznie; ten fakt oraz ponadto brak krętków każyły myśleć o kilaku, przypominającym szankier. W rzeczywistości zagadnienie jest bardzo trudne albo nawet niemożliwe do rozstrzygnięcia, gdyż żaden z dowodów, który można by przytoczyć, nie posiada znaczenia bezwzględnego ani dla możliwości nadkażenia, ani też dla istnienia prawdziwej nawrotowej zmiany trzeciorzędowej. Stwierdzenie krętków, które ma być zwykle dodatnie w nadkażeniach, ujemne zaś w naciekach trzeciorzędowych, nie stanowi bezwzględnej zasady (M. P i n a r d). Odczyn W a s s e r m a n n a ujemny w trzech ostatnich nawrotach, był dodatni w pierwszym. Towarzyszące powiększenie gruczołów było bardzo wyraźne w r. 1931, nie było go w lutym 1932 r., było bardzo słabe w październiku 1932 r. Jednakże pewne momenty, jak się zdaje, przemawiają raczej na korzyść wielokrotnych nadkażeń. Jest to przede wszystkim wyraźny charakter nadżerkowy, nigdy zaś wrzodzący zmian, przypominających szankier. Stałe powtarzanie się zmian w tem samym miejscu w okolicy narządów płciowych u osob-

nika, które rzeczywiście wyjątkowo silny popęd płciowy wystawiał niewątpliwie na liczne zetknięcia się zakaźne, przemawia również za tem. W przebiegu trzeciorzędowym kilakowym tych zmian trudno również upatrywać dowód przeciwko hi-

potezie nadkażenia. Wiadomo, że chory z przymiotem może odpowiadać na każde podrażnienie urazowe lub zapalne syfilidem, odpowiadającym okresowi choroby, w którym się on znajduje.

L. H.

Oceny książek

RAAB Wilhelm. *Innersekretorische Störungen und Organotherapie*. Verlag von Julius Springer. Wien und Berlin. 1-115. 1932.

Tomik popularnych „Bücher der aerztlichen Praxis“, napisany przez docenta R a a b a, ucznia B i e d l a z niemieckiej wszechniczy w Pradze czeskiej. Praca kompilacyjna, nader krytycznie i umiejętnie ułożona, ze znajomością rzeczy zredagowana, znakomicie ułatwi orientację lekarzowi, nie mającemu możliwości lub czasu szperania w wielotomowych nowoczesnych dziełach zbiorowych o sekrecji wewnętrznej, hormonach, organo- i opoterapii, wszystko na 115 stronicach zebrane i systematycznie rozsegregowane. Po wyczerpującym wstępie o hormonach i czynnościach dokrewnych R a a b omawia w oddzielnych rozdziałach zachorzeniu poszczególnych gruczołów dokrewnych, zespoły wielogruczowe oraz opoterapię w chorobach hormonalnych, w cierpieniach pochodzenia obciążeniowego i natury wkrwnej oraz organopreparaty z narządów wewnętrznych nie wewnątrzsekrecyjnych (żóładka, wątroby, serca). Wdzięczny będzie autorowi czytelnik, mniej wtajemniczony teoretycznie w arkana diagnostyki neuroendogennej, za tabelkę pomocniczą, nazwałbym ją symptomatologiczną, w której objawy chorobowe poszczególnych narządów wskazują, w jakich grupach endokrynych ów objaw spotykać się zwykło. Tabela ta tylko na pierwszy rzut oka przypomina słynne „Elselbrücken“ dawnych kalendarzy i przewodników terapeutycznych niemieckich autorów ze spisem leków na „dusznosc“, „zawroty głowy“, „gorączkę“ i „zimne nogi“. Szczegółowy spis rzeczy ułatwia odszukanie i szczegółów z dziedziny organoterapii. Zwykły śmiertelnik, lekarz-praktyk, znajdzie tu i owdzie oszalający embarras de richesse, formalny Waarenhaus (np. w organoterapii żeńskich narządów płciowych: folliculin, menformon, hogival, unden, novorial, ovosan, ovowop, progynon, oophorin, luteosan, luteoglandol, luteolipoid, prolasan i t. d.), wszystko jednocześnie

nie w bezładnie dawkowanych tabletkach, kroplach, pigułkach, ampułkach, czopkach, proszkach do wyboru. Jest to zasługa laborantów i fabrykantów, przemysłowców i kupców, którzy, mając pieczę nad zdrowiem chorych, dbają o dobrobyt własny. A lekarz przelewa łzy nad złą pamięcią w dziedzinie dawkowania, aptekarz wyrwa sobie włosy z głowy, patrząc na szafy pełne wycofanych drogich specyfików, nie szczęśny pacjent goni resztkami, zmieniając co tydzień menu z jadłospisu organoterapeutycznego i lekarza z nowym środkiem endocudotwórczym.

H. H i g i e r.

NIEDERWIESER Victor. *Die Praxis der Grundumsatz Bestimmungen*. Str. 61. Verlag Julius Springer. Wien. 1932.

Znany ze swoich prac nad podstawową przemianą (Opis nowego aparatu do badania przemiany podstawowej; Przemiana podstawowa w ciąży; Rezerwa zasadowa krwi w nozologii ssawców i dzieci) autor, asystent kliniki dziecięcej w Innsbrucku, wydał bardzo na czasie będącą monografię z tej dziedziny, obejmującą całość nauki, dość owocnej w medycynie teoretycznej i praktycznej. Zaledwie 60 stron obejmująca broszura rozporządza całym materiałem najnowszego piśmiennictwa lekarskiego i własnym N i e d e r w i e s e r a, przekraczającym 500 odnośnych badań z kilku klinik uniwersyteckich. Po wstępie ogólnym, omawiającym szerokość warjacyjną przemiany podstawowej, aparatury i źródła błędów na diagramach, wykresach i rycinach, następują rozdziały poszczególnie, jak: przemiana a spoczynek, przemiana a praca, przemiana a leki, przemiana a gorączka, przemiana a sen, przemiana a ciąża, przemiana a wiek dziecięcy, przemiana a substancje hormonalne i zachorzenia dokrewne, przemiana a choroby. W bibliografii, obejmującej całe 3 stronicie drobnego druku, nie znalazłem ani jednego nazwiska polskiego, aczkolwiek ten dział biochemji, o ile wiem, niejednemu lekarzowi u nas i niejedną klinikę mocno zainteresował i do pracy naukowej pobudził.

H. H i g i e r.

Wskazówki praktyczne

Środek, ułatwiający gładkie wprowadzenie cewnika według A. S t r a u s s a: *Rp. Tragacanth. 1.6; tere cum aq. frigid. 50.0; Glycerin. ad 100.0; coque ad sterilisat; adde Hlydrarg. oxycyan. 0.1.* (Med. Klin. 1911, N. 8).

—o—

Proszek L e u b e g o przeciwko zgadze, boleściom żółdkowo-kiszkowym i spastycznemu zaparciu stolca: *Rp. Natr. bicarbon., Natr. sulfur. sicci, Pulv. radic. Rhei, Eleosacch. Foeniculi aa 20.0, Extract. Belladonn. 0.5.* 3 razy dziennie na końcu noża po głównych posiłkach w małej ilości wody. (Ther. Halbmonatsschr. 1920, N. 6).

—o—

W świeżych krwawieniach z powodu wrzodu żółdka dobrze działa zimno na okolicę żółdka. Ażeby przytem uniknąć wzmoczenia wydzieliny soku żółdkowego, należy, według L. B o g e n d ö r f e r a, jednocześnie zastrzyknąć pod

skórę 1 mgr. *atropiny* lub przed zastosowaniem zimna taką samą dawkę atropiny zastosować w postaci czopka. (M. m. W. 1933, N. 36).

—o—

M. A. L e g r a n d zwraca uwagę na doskonale działanie wyciągu z trzustki przeciwko chorobie surowiczej: लाग्दी on objawy wstrząsu i anafilaksji. L. stosuje zarazem MgS_2O_2 .

—o—

L. H a y m a n n jest zwolennikiem wyluszczenia migdałków w przypadkach zapalenia wosierdzia, mięśnia sercowego, opłucny, w gościec stawowym, w rumieniu wielopostaciowym i zakażeniu ogólnem pochodzenia migdałkowego. Zabieg powinien być dokonany jak najwcześniej. (M. m. W. 1933, N. N. 2 i 3).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenia z dnia 2 maja 1933 r.

Początek o godz. 20-ej punktualnie.

Obecnych członków T-wa 45, wprowadzonych gości 36.

1. Protokół posiedzenia z dnia 25 kwietnia przyjęto.

2. Kol. Prezes przedstawia wykaz prac nadesłanych do Biblioteki T-wa.

3. Kol. Chodkowski S. — przedstawia „Przypadek marskości zanikowej wątroby” z pokazami makro i mikroskopowymi. (Streszczenie własne).

Przypadek dotyczył mężczyzny lat 44. Z wywiadów wiadomo, że chory przeżył kilę w 1914 roku i używał umiarkowanie napojów wysokowych. Klinicznie stwierdzono objawy przewlekłej niewydolności układu krążenia, macała wątrobę i śledzionę. Odczyn Wassermanna słabo dodatni. 28 IV 1933 roku wystąpiło krwawienie z jamy ustnej. 29 IV chory zmarł.

Badanie pośmiertne (Doc. W. Czarnocki i L. P. 290/33) wykazało:

Stłuszczenie zwyrodniające mięśnia sercowego, ostre rozszerzenie serca, zwężenie ujścia żylnego lewego z niewydolnością zastawki dwudzielnej, marskość zanikowa wątroby, rozszerzenie żył przełykowych dolnych, puchlinę brzuszną, stan podżółtaczkowy. Wątroba waży 1050 gr. Powierzchnia jej ziarnista. Przy przekrawaniu słychać chrzęst. Na powierzchni przekroju widać ogniska żółtawe, okrągłe lub owalne, otoczone żółtawymi lub różowożółtawymi pierścienkami. Ujście żylnie lewe przepuszcza zaledwie kulkę nożyczek. Zastawka dwudzielna sztywna, płaty jej powrastane, nieścięgnięte, grube.

Klinicznie przypadek nasuwał trudności rozpoznawcze, gdyż z jednej strony stwierdzono wadę organiczną serca, która mogła sama przez się wywołać stwardnienie wątroby i puchlinę brzuszną, z drugiej zaś strony stan podżółtaczkowy w marskości zanikowej występuje rzadko. Podkreślić należy obecność krwawienia z jamy ustnej, które wystąpiło z powiększonych żył przełyku.

W powstaniu marskości prawdopodobnie dużą rolę odegrała kila i alkoholizm.

3. Kol. Wice-Prezes ogłasza wynik konkursu: a) Sieragowskiego i b) Sommera. Nagrodę z funduszu Sieragowskiego rozdzielono między kol. kol. 1. Fiedler, 2. Goebela, 3. Zweibauera i 4. Millera i Konorskiego; nagrodę z funduszu Sommera rozdzielono między kol. kol. Karwackiego L. za pracę: „Prątek gruźlicy jako postać rozwojowa grzybka” i Węgierkę J. R. za pracę: „Badania nad wydzielaniem żółci wątrobowej”.

4. Kol. Dąbrowska J. i Debiecki K. członkowie T-wa, przedstawili „Przypadek olbrzymiego wodonercza, powikłanego krwiakiem około-nerkowym”.

5. Kol. Zembrzuski L. (członek T-wa), wygłosił odczyt p. t.: „Konstytucja i choroby Napoleona I-go” (z pokazami bioskopowymi) — (streszczenie własne).

Prelegent na podstawie wybranych źródeł z obfitego materiału bibliograficznego do epoki napoleońskiej, przedstawił konstytucję somatyczną i właściwości psychiczne oraz choroby Napoleona I-go. Z punktu widzenia lekarskiego życie N. można podzielić na 3 okresy: dzieciństwo i wiek młodości, okres konsulat i pierwsze lata cesarstwa, wreszcie ostatnie lata cesarstwa i pobyt na wyspie św. Heleny. Na podłożu genialności Napoleona złożyły się pomiędzy innymi podług Kretschmera warunki takie, jak skrzyżowanie odmiennej ras i t. zw. kontrastowe małżeństwo rodziców. Zembrzuski przedstawił kolejno — okoliczności, towarzyszące przyświeceniu na świat Bonapartego, obciążenie dziedziczne, jego stan fizyczny i psychiczny jako dziecka, młodzieńca i rozpoczynającego karierę wojskową — wodza, oraz przytoczył jego schorzenia w tym okresie, mianowicie zimnicę i gruźlicę płuc. W drugim okresie swego życia i działalności Napoleon cieszył się najlepszym zdrowiem, okres ten był zarazem szczytem jego genialnej twórczości. Następnie Z. dał obraz Napoleona w trzecim okresie, mianowicie jego ówczesnej konstytucji, psychiki i schorzeń występujących w drugiej połowie epoki cesarstwa w postaci objawów artretyzmu, napadów bóli żołądka, cierpień pęcherza moczowego (dysuria), hemoroidów i innych stanów patologicznych, wpływających ujemnie na stan psychiczny cesarza, paraliżujących jego wo-

le, poczucie rzeczywistości, zdolność do szybkiej orientacji i do stanowczości w decyzjach, co go dawniej cechowało. Jeżeli w tym okresie Napoleon osiąga jeszcze powodzenia, odnosi zwycięstwa i dzierży w swych rękach losy Europy, to należy fakt ten przypisać jego niezwykle żywotności i odporności fizycznej, panowaniu nad sobą i prestige'owi, który posiadał w poprzednim okresie. Na wyspie św. Heleny jest to już ruina człowieka, żyjącego w warunkach niehygienicznych, pozbawionego swobody ruchów, źle traktowanego przez władze angielskie, skazanego na żywot bezczynny wbrew jego zwyczajom, pozostającego bez należytej opieki lekarskiej, podległego ciężkim schorzeniom, jak gorączka podzwrotnikowa i rak żołądka. Pozatem wszystkie dawne dolegliwości i cierpienia odczuwały się nanowo. Przybycie na wyspę lekarza — kompatryjoty Antomarchiego na 1½ roku przed śmiercią cesarza, nie ratowało sytuacji. Rozpoznanie raka uczyniono dopiero pod koniec życia dostojnego więźnia, zresztą ówczesna terapia byłaby bezsilna wobec tego schorzenia, nawet w razie wcześniej postawionej diagnozy. Jaka była ostateczna przyczyna zgonu Napoleona — stanowi to zagadnienie akademickie, mogące w swoim czasie interesować Anglików i przyjaciół wielkiego cesarza: zdaje się nie ulegać wątpliwości, że choroba podzwrotnikowa, stwierdzona późniejszymi kompetentnymi badaniami anatomiczno-patologicznymi na kawałku jelita, wyciętego ze zwłok i rak dziedziczny w rodzinie Bonapartych komplikowały się wzajemnie, wywołały wyniszczenie ustroju i spowodowały zejście śmiertelne w 52 r. życia człowieka, który przez ćwierć wieku był postrachem całej Europy. Sekcja wykonana przez Antomarchiego potwierdziła, że organizm Napoleona podlegał liczny schorzeniom wyżej przytoczonym i że większą część swego życia Napoleon przechorował. Ze w takim stanie zdrowia dokonał on wielkich, genialnych czynów, to dowód panowania u niego ducha na ciałem i odporności fizycznej. Z punktu widzenia antropologicznego, Napoleona należy zaliczyć do typu alpejskiego (wzgl. śródziemnomorskiego), z punktu widzenia psychologii i psychopatologii jako osobnika nerwowego, niedość psychicznie zrównoważonego, skłonnego do periodycznej zmienności nastrojów, wypadnie go zaklasyfikować według Kretschmera do cyklotymików w kategorii genialnych wodzów i organizatorów.

Napoleon posiadał zbyt wiele geniuszu, zbyt wiele szczęścia i zbyt wiele nieszczęścia, lecz czy to w szczęściu, czy w nieszczęściu, czy to w zdrowiu, czy w niezdrościu potrafił być godnym i wielkim.

W rozprawach przemawiali kol.: Chmieleński, Higier H., Sobieszczański i Zembrzuski.

IV. Kol. Fliederbaum J. i Landauówna M. wygłaszają odczyt p. t.: „Badania nad gospodarką cukrową w chorobach serca i nerek”. (Streszczenie własne).

Badania przeprowadzone w 52 przypadkach (30 przypadków choroby układu krążenia i 22 — choroby nerek) doprowadziły do wniosków następujących:

1-o. W wyrównanych wadach zastawki dwudzielnej stwierdzamy: prawidłową tolerancję na węglowodany; bliższy dolnych granic normy poziom cukru we krwi obwodowej naczecz; krzywą przecukrzenia pokarmowego o przebiegu, zbliżonym do spostrzeganej u osób zdrowych; po wstrzyknięciu podskórnym 15 jednostek insuliny po nieznacznym wzniesieniu obniżaniu się poziomu krzywej, przyczem dolny poziom jest osiągnięty wolniej, niż u osób zdrowych, jest o 25 — 35% niższy od poziomu cukru we krwi, pobranej przed wstrzyknięciem, i powolny powrót do liczby wyjściowej; prawidłowy przebieg przecukrzenia podadrenalinowego; różnicę poziomów cukru we krwi obwodowej z nalca i żyłnej nieco większą od spostrzeganej u osób zdrowych i prawidłowy próg nerkowy dla cukru.

2-o. W wyrównanych wadach tętnicy głównej, w chorobach wyrównanych mięśnia sercowego i w nadciśnieniu samorodnym stwierdzamy: prawidłowy cukromoc pokarmowy; cukier naczecz we krwi obwodowej bliższy górnego poziomu normy; po obciążeniu próbnym śniadaniem krzywą przecukrzenia pokarmowego o przebiegu bardziej stromym, szybciej wspinającym się, o wyższym szczycie i szybciej spadającym; po wstrzyknięciu podskórnym 15 jednostek insuliny dolny poziom krzywej cukru o 20 — 30% niższy od poziomu wyjściowego, jest on osiągnięty wolniej, niż u osób zdrowych, powrót do liczby wyjściowej następuje w czasie prawidłowym; wyższe, niż u zdrowych, krzywe przecukrzenia podadrenalo-

wego; różnice poziomów we krwi obwodowej, i żyłnej od 10 do 30 mg%; próg nerkowy dla cukru od 170 — 185 mg%.

3-o. W niedomodze serca prawostronnej stwierdzamy; zwiększoną tolerancję na węglowodany; cukier naczno we krwi obwodowej niższy, niż u osób zdrowych; przebieg przecukrzenia pokarmowego bardziej powolny z niższym szczytem, z bardziej płaskimi ramionami wstępującem i zstępującem; po wstrzyknięciu 15 jednostek insuliny brak początkowego wzniesienia cukru i gwałtowne wstrząsy hipoglikemiczne o przebiegu nieraz groźnym dla życia; leniwe oddziaływanie na adrenalinę, słaby odczyn, brak przecukrzenia poadrenalinowego lub wręcz spadek poziomu cukru po adrenalinie; różnice poziomów cukru we krwi obwodowej z palca i żyłnej, wynoszące od 25 — 50 mg%, jeszcze bardziej wzmagające się po przecukrzeniu pokarmowym, i podwyższony próg nerkowy dla cukru (przy 170 — 190 mg%).

4-o. W niedomodze serca lewostronnej czystej stwierdzono zmiany, zbliżone do opisanych pod 2-o, a w razie dołączenia się t. zw. mitralizacji, czyli niedomogi prawostronnej — zmiany, zbliżone do opisanych pod 3-o.

5-o. W ogniskowych i rozlanych cierpieniach kłębuszków nerkowych stwierdzamy brak większych odchylen od normy w gospodarce cukrowej. W razie wystąpienia obrzęków stwierdzamy zmiany, jak opisano pod 6-o.

6-o. W nerczycach stwierdzamy; niejednokrotnie zmniejszenie tolerancji na węglowodany; niskie poziomy cukru naczno we krwi obwodowej; przebieg krzywej przecukrzenia pokarmowego powolniejszy z niższym szczytem i bardziej płaskimi ramionami wstępującem i zstępującem; po wstrzyknięciu 15 jednostek insuliny nieznaczne początkowo wzniesienie poziomu cukru, a następnie niedocukrzenie krwi z objawami ciężkiego wstrząsu hipoglikemicznego; leniwe oddziaływanie na adrenalinę, słaby odczyn, brak przecukrzenia pokarmowego lub wręcz spadek poziomu cukru we krwi po adrenalinie; różnice poziomów cukru we krwi obwodowej z palca i żyłnej od 25 — 40 mg% i próg nerkowy dla cukru obniżony (przy 110 — 150 mg%).

7-o. W marskościach nerek z naciśnięciem stwierdzamy; naogół prawidłową tolerancję na węglowodany; poziom cukru naczno we krwi obwodowej (z palca) bliższy górnemu poziomowi normy; po obciążeniu próbnym śniadaniem krzywą przecukrzenia pokarmowego o przebiegu bardziej stromym, szybciej wspinającym się, o wyższym szczycie, szybciej spadającym; nieznacznie większy, niż u osób zdrowych, spadek krzywej cukru po wstrzyknięciu podskórnym 15 jednostek insuliny, różnice poziomów cukru we krwi obwodowej i żyłnej naczno 10 — 25 mg% i próg nerkowy dla cukru przy 170 — 190 mg%.

W rozprawach przemawiali kol.: Roguski i Fliederbaum.

Posiedzenie zamknięte o godz. 22 minut 45.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: M. Kruszyńska.

Posiedzenie z dnia 9 maja 1933 r.

Początek o godzinie 20 punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 66.

Wprowadzonych gości — 58.

1. Protokół posiedzenia z dnia 2 maja r. b. przyjęto.

2. Kol. Prezes zawiadamia o obchodzie 10-o lecia L. O. P. P., o zgłoszonych przez Izbę Lekarską wolnych posadach dla lekarzy, oraz przedstawia wykaz prac nadesłanych do Biblioteki T-wa.

3. Kol. Michalski Z. i Grzybowski T. (członkowie T-wa) i Kol. Krystof A. wygłaszają odczyt p. t.: „Teoria i praktyka swoistego leczenia gruźlicy”. (streszczenie własne).

Prelegenci: 1) demonstrują u chorych odczyny otrzymane po szczepionce Doc. Z. Michalskiego, 2) przedstawiają szereg klisz z przebiegu leczenia szczepionką, 3) przedstawiają karty szpitalne gorączkowe z omówieniem przebiegu leczenia szczepionką, 4) omawiają uzasadnienia teoretyczne i szczególne praktyczne z dotychczasowego swego doświadczenia, biorąc jako podstawę artykuł Z. Michalskiego ogłoszony w Nr. 8 „Medycyny” organu Tow. Lekarskiego.

W rozprawach przemawiali kol.: Grycewicz, Dąbrowski K., Szczepański i Michalski.

Kol. Trojanowski A. przedstawia: „Przypadek raka tarczycy” (streszczenie własne).

Dane kliniczne według karty szpitalnej (II Klin. Chor. Wewn. U. W. 1931/32 L. ks. gl. 3289, L. Dz. Klin. 79 i 1932/33, L. ks. gl. 3817, L. Dz. Klin. 171) są następujące:

Kobieta lat 43, mężatka, w 20 roku życia po porodzie zauważyła w środkowej części szyi guz wielkości jaja kurzego; guz ten stopniowo i bardzo wolno powiększał się. Dolegliwości pozatem żadnych nie odczuwała i dopiero od 3 lat ze względów estetycznych zaczęła się leczyć w Kasie Chorych, gdzie stosowano podobno naswietlania promieniami Roentgena. Wkrótce potem zauważyła chora guz na boku szyi po stronie lewej i prawej, guzy te szybko powiększały się. Od tego czasu zaczęła spadać na wadze i tracić siły. Pozatem chorowała na kile i przebyła kilka kuracji swoistych.

Chora o budowie prawidłowej, odżywiona źle, na szyi z przodu widać guz równomiernie uwypuklony wielkości pół bochenka chleba, niezrośnięty ze skórą, niebolesny, spoiściej różnej, w środkowych częściach elastyczny, w bocznych twarde. Przy osłuchiwaniu guza szmerów niema. Guz ten łączy się z dużymi pakietami gruczołów w obu dołkach nadobojczykowych. W innych narządach większych odchylen od normy niema. Rozpoznano raka tarczycy z przerzutami do gruczołów. Badanie rentgenologiczne uwidocznilo jeszcze przerzuty w płucach. Badanie mikroskopowe wycinków pobranych operacyjnie wykazało raka tarczycy zbudowanego z drobnych komórek z dość ciemnym jądrem, z małym rąbkami protoplazmy, układających się dookoła naczyń, niektóre z tych komórek posiadają zaródki jasne, mają kształt wielokątny; w jądrach komórek widać liczne figury podziału.

Po serii naswietlań promieniami Roentgena chora wypisała się z kliniki. Po 6 miesiącach znów przybyła do Kliniki, przyczem stwierdzono powiększenie guza na szyi, powiększenie przerzutów oraz nowe przerzuty w płucach, śródpiersiu, kościach czaszki, łopatkę prawej i kręgosłupie. Po 2-u miesięcznym pobycie w szpitalu chora zmarła wśród objawów wyniszczenia i znacznej anemii.

Badanie posmiertne (Zakład Anatomji Patol. U. W. L. p. prot. sek. 66/33) całkowicie potwierdziło rozpoznanie kliniczne. Prawy płat tarczycy tworzy guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny, jest on twardo elastyczny, posiada białą szarawą torebkę grubości od 3 — 4 mm, utkanie jego w części górnej jest zrazikowe o zabarwieniu szarawem, z delikatnym odcieniem różowym, w przeważnej jednak części budową jest zatarta, a cała tkanka zserowaciata. Nigdzie guz nie przypomina budowy normalnej tarczycy; w pęczku zaś wżyny tarczycy widać już utkanie przypominające jamy koloidowe, a częściowo budowę zrazikową tarczycy. Lewy płat tarczycy jest bardzo mały, w zaniku, częściowo z torbielkami koloidowymi, częściowo z małymi guzkami, częściowo o zwykłej zrazikowatości. Makroskopowy wygląd przerzutów jest podobny do górnej, t. j. do dobrze zachowanej części guza tarczycy. W preparatach mikroskopowych widać utkanie raka łitego, drobnokomórkowego, w wielu zaś miejscach tkanka nowotworowa ulega martwicy, bądź też zwłóknieniu i zeszkliwieniu. Przerzuty mikroskopowo mają podobnie, jak guz pierwotny, utkanie lite, drobnokomórkowe.

Jest rzeczą zastanawiającą, iż chora w ciągu przeszło 20 lat spostrzegała stopniowe powiększanie się guza, nie mając przytem żadnych dolegliwości. Leczyć się zaczęła jedynie ze względów kosmetycznych, przyczem stosowano podobno naswietlanie promieniami Roentgena. Wkrótce potem guz zaczyna szybko rosnać, powstają przerzuty i wyniszczenie i w ciągu 2 i pół lat chora umiera.

W obrazie anatomicznym uderza duża liczba przerzutów nowotworowych do układu kostnego.

Raki tarczycy spotykamy niezbyt często, dlatego też każdy przypadek zasługuje na uwagę.

Posiedzenie zamknięte o godz. 21 minut 50.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz.

Zastępca sekretarza Dorocznego: M. Kruszyńska.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 20 października 1933 r. (Presse méd. 85 1933) Ed. Banałmon, P. Féménie i R. Lofrani pokazywali przypadek *agranulocytozy postowarsolowej*. Przypadek dotyczył 49-letniego mężczyzny z wiadomym rdzeniem i porażeniem postępującym, który w przebiegu leczenia stowarsol — natrium zaczął wykazywać objawy agranulocytozy w połączeniu z plamicą. Wrzodziejąco - martwicowe zapalenie migdałków i objawy skazy krwotocznej wystąpiły po siódmym zastrzyknięciu czwartej kuracji stowarsolowej. Agranulocytoza, która zdarza się stosunkowo często po użyciu preparatów trójwartościowego arsenu, związków arsenobenzolowych, należy do wyjątkowych wydarzeń w przebiegu leczenia preparatami pięciowartościowego arsenu, a zwłaszcza nieznane dotąd

były jej przypadki po zastrzykiwaniach stowarsol - natrium. Istnienie ogromnych wymiotów krwawych bez stwierdzonego wrzodu w wywiadach chorego pozostawały, być może, w związku z „podłożem hematopatycznym”, nie mówiąc już o tak często poruszanej roli samego przymiotu w tych zespołach agranulocytarnych. Wnioski praktyczne, wynikające z pokazywanego przypadku, sprowadzają się do tego, że podobnie jak w leczeniu preparatami arsenobenzolowcami, tak i w przebiegu leczenia stowarsolem należy systematycznie kontrolować wzór krwi, zwłaszcza jeżeli chorzy wykazują postępujące osłabienie, zapalenie migdałków lub skłonność do krwotoków samoistnych.

Krytyka lekarska

Nie bądźmy zbyt drażliwi.

Strzeżenie godności własnej jest prawem każdego człowieka. Obrona autorytetu reprezentowanej instytucji jest nie tylko prawem, ale nawet obowiązkiem osoby lub ciała, stojącego na jej czele. Ale i pobłażliwość w stosunkach ludzkich, pojednawcze regulowanie tych stosunków, czasem i poświęcenie ambicji własnej więcej warte bywa od symbolicznego tabu.

Gdy ktoś, rozporządzający środkami represyjnymi, dotknie w przykry sposób stronę drugą, a ta na to odpowie w tonie niedość łagodnym, to jeszcze zastanowić się wypadnie, czy nie lepiej wybaczyć tę ostrą, lecz nie wykraczającą poza granice przyzwoitości odpowiedź, niż korzystać ze środków rozporządzalnych. Trochę mniej uporczywego wpatrywania się w prestiż swojej władzy czy urzędu, mniej samouwielbienia zawsze spotka się z sympatią ludzką.

W naszym życiu zawodowym zdarzyć się mogą kolizje z Zarządami Izb Lekarskich. Członek Izby Lekarskiej może wykroczyć przeciwko jej Zarządowi.

Nie myślę temuż Zarządowi zaprzeczać prawa i obowiązku bronięcia swej godności. Ale czy należy każde takie wykroczenie kwalifikować jako czyn przestępny, podlegający sądowi? Czy nie gra tu czasem pewnej roli trochę za daleko posunięta drażliwość Zarządu?

Przyznaję z całą bezstronnością, przynajmniej w stosunku do Zarządów Izb, mających siedzibę w Warszawie, pewien postęp w interesowaniu się sprawami stanu lekarskiego, postęp niezaprzeczalny w porównaniu z tem, co było w Warszawie w pierwszych latach funkcjonowania Izb. Ale, przyznając ten postęp, nie mogę w sobie stłumić wrażenia, że niektóre Zarządy Izb Lekarskich może zbyt gorliwie strzegą swej nietykalności. Pełniąc przez lat kilka obowiązki członka Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, miałem, wprawdzie tylko raz czy dwa, sposobność przekonania się o tem, ale za to w sposób, nie pozwalający wątpić, że członkowie Izb Lekarskich w stosunkach z ich Zarządami muszą się bardzo liczyć z każdym słowem, bo Zarządy mają do rozporządzenia... Sąd Izby. W obu razach broniłem stanowiska, że Zarząd Izby nie powinien wysuwać groźnego „Quos ego”, gdy idzie o niedosyć poprawne znalezienie się członka Izby względem Zarządu, że byłoby pożądane, aby Zarząd poddał rewizji własne potraktowanie członka Izby, który, być może, dotknięty w swoich ambicjach, w uniesieniu popełnił jakiś nietakt słowny; że właściwiejby może było w cztery oczy zwrócić uwagę członka na ów nietakt, bez odwoływania się do sądu, który już z natury rzeczy musi mu wymierzyć karę, nieraz dotkliwie godzącą weń moralnie i materialnie.

Przykład taki przynosi nam wrześniowy numer „Dziennika Urzędowego Izb Lekarskich”. Członek jednej z Izb został skazany przez sąd tejże Izby na karę nagany, zaostrzoną przez ogłoszenie wyroku w Dzienniku Urzędowym, przez odebranie czynnego i biernego prawa wyborczego w

Na posiedzeniu Towarzystwa Terapeutycznego w Paryżu z dnia 11 października 1933 (Presse méd. Nr. 86 1933) M. Anglade i O. Gaudin mówili o *nowem połączeniu lekowym w leczeniu objawowym dychawicy*. Podając dostnie połączenie efedryny z papaweryną i kodeiną, wziętych w określonym stosunku, otrzymali oni nie tylko o wiele większą tolerancję pierwszego środka, lecz bardzo wyraźne potęgowanie się wyników leczniczych. Leczenie tą metodą daje najlepsze wyniki w napadach dychawicy średniego natężenia, stanach duszności i kurczowym nieżycie nosa. Prelegenci stosowali ją również z powodzeniem w charakterze zapobiegawczym.

Izbie na jeden okres kadencji Rady Izby i grzywnę 200 zł.:

1) za wykroczenie przeciwko etyce lekarskiej i koleżeńskej i 2) za wystosowanie do Izby Lekarskiej pisma, zawierającego zwroty, uwłaczające powadze i godności Izby. Od tego wyroku ów członek Izby podał odwołanie do Sądu Naczelnej Izby, który jednak odwołania nie uwzględnił i wyrok 1-ej instancji zatwierdził w całej rozciągłości. Z kolei odwołał się zasądzony do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, które na zasadzie odpowiednich paragrafów odnosnych ustaw wyrok Sądu Naczelnej Izby uchyliło, t. j. uwolniło petenta od winy i kary. Na tę decyzję wniosła Naczelna Izba Lekarska zażalenie do Najwyższego Trybunału Administracyjnego, a ten orzekł, że Ministerstwo mogło na mocy przytoczonych paragrafów ustaw uchylić wyrok jedynie tylko w części, dotyczącej obrażenia etyki lekarskiej i koleżeńskej, nie podało zaś motywów uchylenia wyroku w części, dotyczącej uchylenia powadze i godności Zarządu Izby Lekarskiej, i na tej zasadzie orzeczenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych ze względów formalnych uchylił.

Ponieważ N. T. A. nie zakwestjonował uchylenia przez Min. Spr. Wewn. wyroku w części, dotyczącej wykroczenia przeciw etyce lekarskiej i koleżeńskej, a o złagodzeniu wyroku „Dz. Urz. Izby Lek.” nie wspomina, w rezultacie więc oskarżony został skazany na wspomnianą wyżej surową karę wyłączenie za „wystosowanie do Zarządu Izby Lekarskiej pisma, zawierającego zwroty, uwłaczające powadze i godności Izby” (*recte*: Zarządu Izby).

Zarząd Izby otrzymał satysfakcję, jego prestiż został uratowany. Ale czy podnosi to wiarę członków Izby w życzliwość do nich stosunek Zarządu? czy wpaja w nich przekonanie, że głównym, podstawowym zadaniem Zarządu jest troska o dobro członków Izby? czy autorytet Zarządu ucierpiałby bardzo na tem, gdyby sprawa została załatwiona po domowemu? czy, przeciwnie, taki stosunek do członka Izby nie byłby istotną, a nie pozorną wygraną Zarządu?

Mysząc tak, nie zamierzam bynajmniej zachęcać członków Izb do niezachowywania respektu względem wybranych przez siebie Zarządów, przeciwnie, uważam, że przedstawicielstwu zawodowemu należy się szacunek i poważanie. Sądę jednak, że wnikięcie głębsze w psychikę winowajcy i w istotę własnych zadań powinno było powstrzymać Zarząd Izby od interwencji sądowej.

Dziennik Urzędowy nie przytacza wprawdzie owych uwłaczających godności Zarządu Izby zwrotów, nie mogę sobie jednak wyobrazić, aby zwroty te odbiegały tak daleko od tego, na co członek Izby Lekarskiej mógł sobie pozwolić, a w takim razie trochę mniej drażliwości ze strony Zarządu, a więcej pobłażliwości dla członka Izby mogło całą sprawę uratować.

Bardziej pobłażliwy był dla mnie Zarząd innej Izby Lekarskiej, bo i mnie miała kiedyś dosięgnąć sroga dłoń Temidy Izbowej. Wiadomość ta została mi udzielona w okolicznościach dość niezwykłych. Kilka miesięcy temu zaszczylił mnie

Przewodniczący owej Izby zaproszeniem na pewną uroczystość na jej terenie. W najlepszym nastroju przestąpiłem próg lokalu, nie podejrzewając, że za chwilę nastrój ten z gruntu się zmieni. Bo oto gospodarz, pan Przewodniczący Izby, od razu na samym wstępie przywitał mnie cierpkimi wymówkami z powodu ujemnej krytyki działalności Izby, wydrukowanej przed półtora rokiem w „Warsz. Czas. Lek.“. Osobliwy ten sposób witania zaproszonego gościa pozostawiłem bez odpowiedzi nie tylko ze względu na chwilę i miejsce, mało nadające się do wszczynania sporów, ale i dlatego, że już dawniej, z powodu tej samej sprawy zainterpelowany przez tegoż pana Przewodniczącego Izby, wyjaśniłem mu, że w zwyczajach moich nie leży kneblowanie ust nawet w tym razie, kiedy zaczepiona została Izba Lekarska. Pan Przewodniczący Izby jednak widocznie wziął milczenie moje za kapitulację, czem zachęcony, postanowił zadać mi cios ostateczny: nazwał mnie więc pogardliwie „redaktorem“ i szepnął mi dyskretnie, że miałem być pociągnięty do odpowiedzialności dyscyplinarnej, dając zarazem do zrozumienia, że, jeżeli tak się nie stało, to mam to jemu do zawdzięczenia. Po tak dalekim od zwyczajów wersalskich przyjęciu nie pozostawało mi nic, jak czempremdeż opuścić „gościnne“ progi lokalu Izby.

Inkryminowane przez pana Przewodniczącego zwroty w artykule, podpisanym, zresztą, przez autorów, może były do-

syć ostre, nie wykraczały jednak poza ramy, w druku dozwolone, w każdym zaś razie nie powinny były, jak sądzę, natchnąć pana Przewodniczącego Izby myślą o ukaraniu mnie, a zapewne chyba i autorów artykułu.

Widocznie i sam Zarząd doszedł do wniosku, że *crimen* nie musiał być tak wielki, kiedy zrezygnował z sądu nad nami. A może, zresztą, był tego samego, co i ja zdania, że pobłażliwość i wyrozumiałość więcej będzie warta, niż represje. Ale w takim razie, jaki był cel zakomunikowanej mi wiadomości?

Widzę w tych groźnych słowach pana Przewodniczącego Izby, wypowiedzianych przeszło rok po zaniechaniu pociągnięcia mnie do odpowiedzialności dyscyplinarnej, w słowach, które muszę uważać za ostrzeżenie na przyszłość, widzę, poza niesmakiem, jaki z powodu rażącego kontrastu z atmosferą chwili wzbudzić musiały, jeszcze jeden dowód, że Zarządy Izb Lekarskich są czasem zbyt wrażliwe na punkcie swego autorytetu. Nie jest jednak najlepszą drogą do jego podniesienia, nie jest najlepszym sposobem zdobywania sobie popularności i sympatii groźenie sądami, a tembardziej tych gróźb wykonywanie. O wiele pewniej do celu tego prowadzi wyrozumiałość, pobłażliwość, liczenie się z ambicjami nie tylko swymi, lecz i cudzemi, a stąd i wstrzemięźliwość w szafowaniu będącemi do dyspozycji środkami.

Z. S r e c h r n y (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Rola lekarza na terenie sądu i w murach więzienia.

(Uwagi eksperta sądowego na marginesie książki J. S z p a k o w s k i e g o: Wskazówki do wstępnych badań kryminalno-biologicznych. Warszawa, 1933 r.)

Podał

Dr. med. Henryk HIGIER (Warszawa).

Lekarz w roli biegłego sądowego w sprawach karnych, zwłaszcza neurolog i psychiatra, niejednokrotnie odczuwa w toku ekspertyzy potrzebę dłuższej obserwacji oskarżonego, istotnego, domniemanego, podejrzanego, rzekomego przestępcy. Lekarz w roli przysięgłego eksperta odczuwa często trudność uzgodnienia norm lekarskich z normami prawnymi, odczuwa brak jednolitości lekarsko - prawnej w dziedzinie przestępczości i kryminalistyki.

Biegły na każdym kroku ocenia winę istotną przestępcy, segreguje, mierzy i waży: 1) czynniki wrodzone, z którymi przestępca tu i owdzie na świat przychodzi, 2) wpływ demoralizujący otoczenia i środowiska, tworzący nieraz zawodowego i niepoprawnego przestępcę z wstrętem do pracy, 3) dowolny, spontaniczny, nabyty w życiu pociąg świadomy i nawyknięcie do przestępstw, z premedytacją dokonywanych.

Lekarz, lawirując między terni trzema zasadniczymi możliwościami, zdaje sobie sprawę z tego, że jego opinia nieraz zaważa na szali, przed sędzią decyduje o rodzaju kary i jej wysokości, czuje, że z chwilą wypowiedzenia opinii swojej przed sędzią kończy się jednocześnie jego rola czynna, jego możność dalszego interweniowania.

Jako biegły, czujący swoją odpowiedzialność, a chcący być w zupełnej zgodzie ze swoim sumieniem, nieraz w ciszy ducha życzy sobie, aby po rozprawie inny ekspert lub inne grono lekarzy zmuszone było z tych lub owych względów prawnych lub formalnych sprawdzić jego orzeczenie, zmodyfikować je, uzupełnić

skorygować nb. zawsze *pro bono inculpati*, na korzyść oskarżonego.

Jako człowiek, stoi lekarz mimowoli na tem stanowisku, że woli świadomie łagodniej ocenić winę dzieśnięciu morderców, niż omyłkowo uznać odpowiedzialność i poczytalność jednego, niesłusznie podejrzanego. Biegły dobrze rozumie treść starej maksymy prawa rzymskiego: *dura lex, sed lex*, gdy paragraf żąda odeń wyraźnej odpowiedzi na pytanie, czy oskarżony mógł rozumieć istotę i znaczenie zarzucanego mu czynu i czy mógł kierować nim.

Pojęcie kary w ciągu tysięcy lat zasadniczym uległo zmianom. Od pierwotnej „zemsty“ ludów starożytnych (ząb za ząb, oko za oko, życie za życie) poprzez późniejszy „odwet“ okresu średniowiecza doszło się z biegiem wieków w drodze stopniowej ewolucji do współczesnego pojęcia „odpłaty“ za popełnione przestępstwo, a jeszcze dalej w swym liberalizmie i humanitaryzmie zdąża prawo karne do wyeliminowania przestępstw złejczych, zwanych wykroczeniami, oraz do zwykłego izolowania lub unieszkodliwienia przestępcy od reszty społeczeństwa, a ostatnio nawet do „przekształcenia“ go za pomocą specjalnych metod wychowawczych.

Z czterech kar zasadniczych, jakie przewiduje kodeks karny (śmierć, więzienie, areszt, grzywna), cała polityka więzienna, eliminując krańcowe dwa bieguny (śmierć i grzywnę) oraz karę zwykłego aresztu, niewymagającą stosowania środków poprawczych, ześrodkowała się — i słusznie — na jednolitem pojęciu wyłącznic kary więzienia. Nowy kodeks, obserwując rozwój środków walki z przestępstwem, w swej ostatniej nowelizacji z 1932 roku uważa za konieczne stanąć na gruncie celowości i z tego punktu widzenia dążyć do oparcia polityki kryminalnej o racjonalny system więziennictwa. Warunkiem tego systemu jest możność indywidualizacji postępowania ze skazanym, nie w zależności od kodeksowej kwalifikacji spełnionego przezeń czynu, ani też

od schematycznego podziału środków karnych na kategorie, ale od właściwości osobistych skazanego. Te właściwości atoli mogą być należycie ocenione i uwzględnione — na co dotąd mało zwracano uwagi — raczej po upełnomocnieniu się wyroku, w czasie odbywania kary, aniżeli w czasie krótkiego przewodu sądowego lub jeszcze krótszej ekspertyzy sądowo - lekarskiej.

Dlatego też wszelka schematyzacja tych środków karnych, które mają znaczenie w nauce o więziennictwie, może być tylko szkodliwa, i w interesie racjonalnej polityki kryminalnej należy jej unikać. Już samo porównanie takich środków karnych, jak więzienie zwykłe i więzienie ciężkie, wskazuje wyraźnie, że jest to podział nawskroś schematyczny, pozbawiony jakiegokolwiek znaczenia głębszego, zasadniczego.

* * *

Opierając się więc zarówno na myśli prawodawcy, jak na doświadczeniu wielu państw europejskich i kontynuując zapoczątkowaną reformę, Ministerstwo Sprawiedliwości przystępuje w roku bieżącym do reform zasadniczych w dziedzinie więziennictwa spraw karnych, reform, które wypadną w poważnej mierze na korzyść uwięzionych *).

Wszelką pracę w tym kierunku należało zacząć od opracowania metod, umożliwiających indywidualne poznanie przestępcy wtedy, kiedy przez czas dłuższy — *minimum* przez rok — jest więźniem. Dopiero materiał, zebrany w ten sposób na dużej liczbie więźniów, pozwoliłby na zapoczątkowanie reform, zakrojonych na szerszą skalę, charakteryzując ogół przestępców, przebywających w więzieniach polskich. Pozatem materiał taki dawałby możliwość przystąpienia do badań nie tylko nad przestępcą, lecz i nad samą przestępczością i jej źródłami.

W tym celu została niedawno powołana przez Departament Karny Ministerstwa komisja specjalna do badań kryminalno - biologicznych, która, składając się z prawników i lekarzy, opracowała jednolity schemat tych badań, kwestionariusz, obowiązujący wszystkie więzienia, władze więzienne i psychiatrów więziennych.

Taż komisja jest obecnie w toku opracowania podobnego schematu do badań nad nieletnimi przestępcami, którzy są umieszczani w zakładach wychowawczo - poprawczych jak Studzieniec, Głaz, Przędzielnica, Wieluciany i t. d. Naukowem opracowaniem wyników tych wszystkich badań zajmie się później oddzielny Komitet, który też wyda w każdym poszczególnym przypadku swe orzeczenie, a stanie się ono podstawą do wszelkich zarządzeń dalszych, dotyczących poszczególnych przestępców.

Dotychczasowy sposób segregowania więźniów opierał się błędnie albo na wysokości kary, albo na rodzaju popełnionego przestępstwa, albo też na cechach recydywy. Projektowane badania kryminalno - biologiczne więźniów umożliwią uzupełnienie tego surowego materiału kryteriami o charakterze bardziej zasadniczym i nowoczesnym, a mianowicie: ogólną charakterystyką psychologiczną więźnia ze szczególnem uwzględnieniem typu i cech budowy obok objawów neuro — i psychopatologicznych, opisem stanu zdrowia cielesnego i duchowego, podaniem wzmianek o uprzedniej

karalności, o zachowaniu się inkulpanta w więzieniu, o fachowości, względnie zamiłowaniu do tej lub innej pracy i t. p.

Badania te, w spokoju i bez pośpiechu w więzieniu według racjonalnego systemu dokonane i wielostronnie uzupełniane, mogą stać się również podstawą, na której będą się opierały wszelkie zarządzenia co do zastosowania: a) środków zabezpieczających w stosunku do osobników społecznie niebezpiecznych lub też b) środków ulgowych, odciążających więźnia przypadkowego.

Pozatem zbiorowy ten materiał będzie pierwszym sygnałem alarmowym, uświadamiającym o faktycznym stanie naszego więziennictwa, podkreślającym jego braki i potrzeby gruntownych reform. Do przeprowadzenia powyższych badań Ministerstwo powołało wyższą administrację więzienną: naczelnika, księży - kapelanów, nauczycieli, a przede wszystkim lekarzy więziennych. Lekarzom psychiatrom powierzono najbardziej odpowiedzialną część pracy, w ich ręce złożono też moralną odpowiedzialność za sumienne wykonanie całości.

* * *

Będzie to jednorazowa ciężka praca, lecz cel jej przemawia sam za siebie.

W aktach osobowych każdego więźnia znajdują się więc odtąd personalja, rozmaite dane o wymiarach antropometrycznych, o nieprawidłowościach i ułomnościach ciała i ducha, dane wywiadowcze o obarczeniu rodzinnem, dziedzicznym, indywidualnem, o typie somatycznym i psychicznym, o wychowaniu i środowisku, o zboczeniach, nałogach, recydywach, o poźyciu małżeńskim, sytuacji życiowej, warunkach pracy i t. p.

Kartoteka więźnia, ewentualnego przestępcy *in spe, in futuro*, ułatwi też zadanie sędziom i ekspertom w nowych, późniejszych sprawach.

Nasz Kodeks Karny jest bezwątpienia kodeksem postępowym, liberalnym, nawskroś nowoczesnym. Wbrew temu, co widzimy w prawodawstwie ubiegłych stuleci, które wysilało się na odnajdywanie setek niesamowitych kar i poniżeń, znęcań i tortur, które dążyło do napiętnowania przypadkowego przestępcy na całe życie, wypalając mu na czole wieczny i niezatarty stygmat przestępstwa, nasz Kodeks zawiera w sobie nie tylko możliwość warunkowego zawieszenia całego wyroku lub niektórych kar oraz warunkowego zwolnienia, ale przez pośrednictwo lekarza więziennego da w bliskiej przyszłości możliwość przeniesienia lub umieszczenia więźnia w specjalnym lżejszym zakładzie, da możliwość indywidualizacji wymiaru kary, izolowania, udzielenia przerwy karnej, przedterminowego zwolnienia, a nawet t. zw. „zatarcia skurków skazania”, połączonego z wykreśleniem ze wszelkich rejestrów karnych.

Kodeks Karny więc przewiduje, że człowiek, który popełnia nawet zbrodnię, może po pewnym czasie stać się „człowiekiem bez przeszłości”, o którym w księgach policyjnych i sądowych nie powinna się dla niewtajemniczonego znaleźć żadna najmniejsza wzmianka.

Lekarze i naczelnicy więzienni biorą na siebie odtąd rolę wielce zaszczytną.

Nowowprowadzony kwestionariusz więzienny zawierać bowiem będzie w sobie faktycznie diagnozę nie tylko lekarską, ale i społeczną wraz z przypuszczalną prognozą socjalną „byłego” przestępcy, „chwilowego”, chętnego do poprawy więźnia, „przyszłej” uczciwej i produkcyjnej jednostki społecznej.

*) patrz Dr. J. Szpakowski. Wskazówki do wstępnych badań kryminalno - biologicznych. Warszawa 1933 r.

Reforma ta jest godna podkreślenia ze stanowiska teoretycznego i praktycznego, sprawa ustawodawstwa karnego zostaje stopniowo dla całego państwa ujednolicona i na nowych zasadach oparta. Urządzenia nowoczesne uwzględniają w pełni subiektywną stronę przestępstw i przekroczeń, czyli osobę przestępcy, kładą nacisk na ochronę społeczną przed przestępstwem i dążność nawrócenia przestępcy do życia uczciwego. Rozumny kompromis prawno - lekarski łączy dawną zasadę „odpłaty” za pogwałcenie prawa z nowym środkiem „ochrony” i profilaktyki społecznej przed zjawiskiem przestępstwa.

Stawia też kodeks coraz wyższe wymagania wobec stanu sędziowskiego i lekarskiego. Lekarz neuropsychiatra ma więc ważne zadanie współdziałania z sądem nie tylko w toku wykonywania sprawiedliwości i ferowania wyroku, ale i dla dalszego postępowania z osobnikami, mniejsza o to, czy znajdują się one w zamkniętym zakładzie karno - leczniczym, w domu pracy przymusowej, w zakładzie dla niepoprawnych, czy też odsiadują swoją karę w więzieniu. Zadanie lekarza bardzo zaszczytne, jak widzimy, ale też i wielce odpowiedzialne!

Wiadomości bieżące

— O k ó ł n i k M i n i s t e r s t w a O p i e k i S p o ł e c z n e j d o P a n ó w W o j e w o d ó w i P a n a K o m i s a r z a R z ą d u m. st. Warszawy. Wzorem lat ubiegłych Państwowa Szkoła Higieny z inicjatywy Ministerstwa Opieki Społecznej organizuje w dn. 8 — 13 stycznia 1934 r. VIII k u r s p. t. „A l k o h o l i z m i j e g o z w a l c z a n i e”. Program kursu ujmując zagadnienia z punktu widzenia społeczno-lekarskiego, oraz wskazuje systemy zwalczania tej klęski. Wykłady odbywać się będą codziennie w godz. 9 — 13 i 16 — 19 w gmachu Państwowej Szkoły Higieny, Chocimska 24 — kurs jest bezpłatny — wpisowe wynosi 5 zł. Dla pewnej liczby słuchaczy Ministerstwo przewidziało stypendja w wysokości 40 zł., a Państwowa Szkoła Higieny rezerwuje miejsca w swej bursie za opłatą 4 zł. dziennie (mieszkanie i utrzymanie). Podania o przyjęcie na kurs oraz o przyznanie stypendjów kierować należy do Państwowej Szkoły Higieny, Warszawa, Chocimska 24, do dnia 29.XII.33 włącznie. Do podania, zawierającego dokładny adres kandydata należy dołączyć krótki życiorys, zawierający dane o dotychczasowej działalności, zwłaszcza społecznej i zaświadczenie instytucji lub organizacji, delegującej kandydata. O przyjęciu na kurs i ewentualnem przyznaniu stypendjum kandydaci zostaną zawiadomieni przed dn. 31.1.1934 r. Podając powyższe do wiadomości — Ministerstwo Opieki Społecznej prosi Pana Wojewodę (Komisarza) o zawiadomienie o tem PP. Starostów oraz organizacji i instytucji społecznych, zainteresowanych tą sprawą, celem ułatwienia zainteresowanym wzięcia udziału w kursie.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. J. A d a m s k i

— K o m u n i k a t. Wieleletnie doświadczenie wykazało dobitnie, że nie odzownym czynnikiem harmonijnego rozwoju i postępu produkcji chemiczno-farmaceutycznej niezależnej od zagranicy jest wydatne współdziałanie sfer lekarskich, nadewszystko ich czołowych przedstawicieli w osobach, już to wykładowców uniwersyteckich, już to wybitnych teoretyków tudzież praktyków wiedzy lekarskiej. Minęły bezpowrotnie owe czasy kiedy to „p r o d u k c j a” leków zamykała się w wąskich ramach mniej lub więcej zasobnie wyposażonej apteki; życie samo, jako najpotężniejszy reformator i najczulszy barometr rzeczywistego zapotrzebowania wskazało drogi, po jakich ma kroczyć dalszy rozwój produkcji farmaceutycznej, ażeby zaspokoić wymagania konsumpcji z jednej strony, z drugiej zaś — otworzyć i rozszerzyć tereny ekspansji, zgodnie z istotnymi możliwościami opartej o coraz bardziej udoskonaloną technikę, — wytwórczości. We wszystkich niemal cywilizowanych państwach powstaje i rozrasta się własny przemysł chemiczno-farmaceutyczny, oparty zrazu o wzory obce, zdążający jednak wy-

trwale i konsekwentnie do całkowitego uniezależnienia się od zagranicy ani w zakresie kapitałów ani metod produkcji. W wielu krajach wyrastają fabryki zatrudniające wielkie ilości robotników i dysponujące całym sztabem uczonych, chemików, farmakologów, biologów i lekarzy. Lecznictwo uzyskuje do swej dyspozycji nowe jednostki terapeutyczne, t. zw. „specyfiki” stanowiące w wielu wypadkach nader złożone związki chemiczne, przetwory organoterapeutyczne wzgl. biologiczne, jakie w warunkach aptecznej pracy byłyby zgłola nie do pomyślenia. Nowa gałąź przemysłu zaczyna odgrywać coraz większą rolę w organizacji całokształtu gospodarki danego kraju, przysparzając mu nie tylko bogactwa, lecz w wielu wypadkach pomiekąd decydująca o jego zdolności obronnej na wypadek wojny. We wszystkich tych dziedzinach przemysł polski nie pozostał bezczynny lecz, w miarę swych środków, dokonał dzieła, z jakiego dzisiaj w piętnastolecie odzyskania naszej niepodległości możemy być dumni. Z rynku polskiego, na którym jeszcze niedawno panują niemal wszelkimi importowane preparaty lecznicze, stopniowo ustępują one, wypierane skutecznie przez produkt krajowy, nie tylko tańszy, lecz w wielu wypadkach nawet jakościowo wyższy. Godzi się zaznaczyć, iż w Polsce posiadamy wiele surowców potrzebnych przemysłowi farmaceutycznemu, dotąd jednak z różnych powodów jeszcze niedostatecznie wykorzystanych. Surowce te przerobione dla naszych potrzeb lecznictwa dałyby możność obywania się bez chemikalijspraważanych z zagranicy, co stanowi wciąż jeszcze jedną z najdotkliwszych pozycji importowych naszego bilansu handlowego. Rozwój przemysłu farmaceutycznego powoduje wzrost przemysłu chemicznego w ogóle, a więc i przemysłu syntetycznego, przemysł przeto farmaceutyczny jest nie tylko wytwórcą, lecz i konsumentem różnych przetworów chemicznych, pobudzając tem samem ruch przemysłu chemicznego na wielką skalę. Zagadnienie nasze zyskuje na doniosłości jeśli uwzględnimy, że z drugiej strony z rozwojem przemysłu chemicznego wiąże się ściśle rozkwit rolnictwa (nawozy sztuczne), górnictwa (materiały wybuchowe), obrony kraju (gazy bojowe) etc. Słowem, omawiana przez nas kwestja zająłaby się o cały szereg zagadnień stanowiących nieledwie rdzeń współczesnego gospodarstwa narodowego. Lekarz polski na sprawy te nie może być obojętny, gdyż w wielu poruszonych dziedzinach wpływ jego jest nieomal dominujący. Dlatego też apelujemy na tem miejscu do PP. Lekarzy, ażeby zwracając jak najtłumniej Wystawę pod hasłem „Walczy z Gruźlicą” urządzoną z racji V Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, — zainteresowali się ekspozycją krajowego przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, nie szczędząc mu zresztą surowej lecz sprawiedliwej krytyki, ożywionej prawdziwą troską o racjonalne i zdrowe podstawy produkcji preparatów leczniczych. Ocena

taka będzie tem wszechstronniejsza, że Wystawcy zgromadzą przy tej sposobności nie tylko preparaty mające ścisłą łączność z terapią gruźlicy, lecz wypukłą całokształt swej działalności, dając niejako przegląd swego dorobku.

— **V. Zjazd Lekarski w Krynicy** w dniach 6 (Trzech Króli), 7 (niedziela) i 8 stycznia 1934 roku. **Program:** Dnia 5 stycznia, godz. 20-ta. Zebranie zapoznawcze w restauracji Domu Zdrojowego. Dnia 6 stycznia, godz. 10-ta. Otwarcie Zjazdu przez Prezesa Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy Dra Ludwika Korybut-Daszkiewicza. Wybór Prezydium Zjazdu. Przemówienia oficjalne. Godz. 11-ta. I. Posiedzenie naukowe. Godz. 16-ta. II. Posiedzenie naukowe. Godz. 20,30. Bankiet dla uczestników Zjazdu wydany przez Zarząd zdrojowy i Komisję zdrojową w wielkiej sali balowej Domu Zdrojowego. Dnia 7 stycznia. Godz. 8 — 10. Zwiedzanie zdrojowiska pod kierunkiem lekarza zakładowego Dra Graba-Łęckiego. Kąpiel. Punkt zborny w holu Domu Zdrojowego. Godz. 10-ta. III. Posiedzenie naukowe. Godz. 13,30. Śniadanie wydane przez Zwierzchność gminną i Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy w sali balowej Domu Zdrojowego. Godz. 16-ta. IV. Posiedzenie naukowe. Godz. 22 ga. Raut i Zabawa taneczna w salach Domu Zdrojowego. Dnia 8 stycznia. Godz. 10. V. Posiedzenie naukowe. Godz. 13,15. Zwiedzanie Zakładu leczniczego „Lwigród”. Godz. 16. VI. Posiedzenie naukowe. Zamknięcie Zjazdu. Podczas Zjazdu otwarta będzie w kółkach Domu Zdrojowego Wystawa Środków Leczniczych i Wydawnictw Lekarskich.

— **Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy**, urządzając w dniach 6, 7 i 8 stycznia 1934 r. **V. Zjazd lekarski w Krynicy**, przystąpiło już do rozsyłania szczegółowych programów tego Zjazdu do wszystkich lekarzy w Polsce. Z programów tych widzimy, że wykłady obiecali wygłosić najwybitniejsi uczeni polscy tak na tematy główne [1] Leczenie schorzeń serca i nerek z uwzględnieniem leczenia zdrojowego, 2) Leczenie zachowawcze przewlekłych zapaleń macicy i jej przydatków, jak i luźne. Komitet organizacyjny zwraca uwagę na sposób otrzymania zniżki kolejowej, w tym roku nieco utrudniony, z powodu potrzeby wczesnego starania się o legitymację osobistą, lecz za to dający duże korzyści, bo 50% zniżkę ceny biletu tam i z powrotem. O ile któryś z lekarzy programu nie otrzymał lub chce zgłosić swój udział w Zjeździe, zechce się zwrócić do Dr. Stanisława Lewickiego, Generalnego Sekretarza Zjazdu, Krynica, dom pod Trąbką. Wkładkę za udział w kwocie 25 zł. dla członków, zaś 15 zł. dla osób towarzyszących (żona, syn, córka) przyjmuje Dr. Wilczewski i Kazimierz, Poznań, ul. Grottingera 3 m. 3.

— Dnia 6 i 7 listopada b. r. odbył się we Lwowie **IV Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego**. Tematami programowymi Zjazdu były:

„Opieka nad kalekami w Polsce“ (referenci: dr. Kosiński, dr. Cetkowski i dr. Reklewski) i „Operacje wytwórcze stawów“ (referenci: doc. Graca, dr. Zaremba i doc. Wojciechowski). Podczas Zjazdu odbyło się Walne Zgromadzenie Członków, na którym powzięto szereg ważnych uchwał, a mianowicie postanowiono wystąpić do czynników rządowych z prośbą o wykonanie ustawy w sprawie opieki nad kalekami, ułomnymi i inwalidami, w sprawie zakładów wychowawczo-leczniczych oraz w sprawie otwarcia katedr ortopedji przy uniwersytetach polskich. Jednocześnie postanowiono zmienić nazwę „Polskie Towarzystwo Ortopedyczne“ na „Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne“. Zarząd Towarzystwa pozostał w tym samym składzie: Prezes — doc. dr. A. Wojciechowski, Wiceprezes — dr. Grobelski, Skarbnik — doc. Raszeja, Sekretarz — dr. Levittoux, Zastępca sekretarza — dr. Cetkowski.

— W lutym 1934 r. ukaże się (w ograniczonej liczbie egzemplarzy) część pierwsza tomu drugiego „**Patologii i Terapii Szczegółowej Chorób Wewnętrznych**“ prof. Witolda Orłowskiego. Część ta, objętości w przybliżeniu 14 — 15 arkuszy druku dużego formatu zawierać będzie choroby oskrzeli i płuc, prócz gruźlicy płuc. Książkę można zamawiać do 20 grudnia b. r. po cenie subskrypcyjnej 11 zł. 50 gr. łącznie z przesyłką (10 zł. bez przesyłki), uskuteczniając wpłatę pierwszej raty w kwocie 5 zł. blankietem nadawczym P. K. O. na konto czekowe 41.538. Pozostałość powinna być wpłacona do 20 stycznia 1934 r. Po zamknięciu subskrypcji cena książki będzie znacznie wyższa.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

5.XII. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Łuniewski W. Społeczno-psychiatryczne znaczenie narkomanji. 2. Szulc G. Narkomanja jako zagadnienie higieny społecznej. 3. Rozprawy.

5.XII. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

Pokazy: 1. Zdjęcia rentgenowskie do odczytu M. Augarten'a (Otwock) z dnia 21-go listopada r. b. 2. S. Rubinrot: Przypadek rentgenoterapii raka sutka. Dyskusja nad odczytem Z. Kurlandzkiego z dn. 21-go listopada r. b. Komunikat: J. Mackiewicz: O objawach neurologicznych w przebiegu ostrych i przewlekłych cierpień stawowych. Odczyt: S. Rubinrot: Radjoterapia białaczki.

7.XII. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa.

1) Komunikaty. 2) Referat delegata P. T. S. na III Międz. K. Szp. ks. M. Rękaśa (Lwów): „Duszpasterstwo szpitalne w całokształcie nowoczesnego szpitalnictwa“ (z powodu uchwał III Międz. Kongr. Szp. w Belgji 1933 r.). 3) Dyskusja. 4) Wolne wnioski.

TREŚĆ: I. L. Pierre Paul Emile Roux. Charles Léon Albert Calmette. — J. PENSON i J. WOHL. Badania nad hipoglikemią poinsulinową u diabetyków. — M. WAJNBERG. Przyczynek do leczenia obrzęku śluzakowego. — I. HOPENSZTADT. Krótkie fale w medycynie (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Z. SREBRNY. Nie bądźmy zbyt drażliwi. — H. HIGIER. Rola lekarza na terenie sądu i więzienia. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: I. L. Pierre Paul Emile Roux. Charles Léon Albert Calmette. — J. PENSON et J. WOHL. Recherches sur la hypoglycémie postinsulinique chez les diabétiques. — M. WAJNBERG. Contribution au traitement du myxoedème. — S. HOPENSZTADT. Les ondes courtes dans la médecine (Rev. gén.). — S. SREBRNY. Ne soyons pas trop irritables. — H. HIGIER. Le rôle du médecin sur le terrain du tribunal et de la prison.

SAL DIETETICUM
SINE CI' BR' J' N'
nulla contrindicatio!
ARTISANAL
GEO